
**ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ
ΠΕΙΡΑΙΩΣ**



**ΤΜΗΜΑ ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΗΣ
ΕΠΙΣΤΗΜΗΣ**

**ΤΜΗΜΑ ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΗΣ ΕΠΙΣΤΗΜΗΣ
ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΩΝ ΣΠΟΥΔΩΝ
«ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΑ και ΔΙΟΙΚΗΣΗ της ΥΓΕΙΑΣ»**

**Η εφαρμογή των πρακτικών clawback και rebate στην
Ελληνική φαρμακευτική αγορά**

Μούσδη Ευανθία, Α.Μ.:ΟΔΥ 1736

Διπλωματική Εργασία υποβληθείσα στο Τμήμα Οικονομικής Επιστήμης του
Πανεπιστημίου Πειραιώς για την απόκτηση Μεταπτυχιακού Διπλώματος Ειδίκευσης
στα Οικονομικά και Διοίκηση της Υγείας.

Πειραιάς, Έτος 2019

**ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ
ΠΕΙΡΑΙΩΣ**



**ΤΜΗΜΑ ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΗΣ
ΕΠΙΣΤΗΜΗΣ**

**ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΩΝ ΣΠΟΥΔΩΝ
«ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΑ και ΔΙΟΙΚΗΣΗ της ΥΓΕΙΑΣ»**

**Η εφαρμογή των πρακτικών clawback και rebate στην
Ελληνική φαρμακευτική αγορά**

Μούσδη Ευανθία, Α.Μ.:ΟΔΥ 1736

Επιβλέπων: **ΚΟΤΤΑΡΙΔΗ ΚΩΝΣΤΑΝΤΙΝΑ / ASSOCIATE PROFESSOR /**
ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΠΕΙΡΑΙΩΣ

Διπλωματική Εργασία υποβληθείσα στο Τμήμα Οικονομικής Επιστήμης του
Πανεπιστημίου Πειραιώς για την απόκτηση Μεταπτυχιακού Διπλώματος Ειδίκευσης
στα Οικονομικά και Διοίκηση της Υγείας.

Πειραιάς, Έτος 2019

UNIVERSITY of PIRAEUS



DEPARTMENT of ECONOMICS

M.Sc. in Health Economics and Management

**The apply of clawback and rebate tactics at the Hellenic
pharmaceutical market**

Mousdi Evanthia

Master Thesis submitted to the Department of Economics
of the University of Piraeus in partial fulfillment of the requirements
for the degree of M.Sc. in Health Economics and Management

Piraeus, Greece, 2019

Ευχαριστίες...

*Ευχαριστώ την καθηγήτριά μου κα.Κοτταρίδη για την βοήθεια της
στην εκπόνηση αυτής της διατριβής*

Η εφαρμογή των πρακτικών clawback και rebate στην Ελληνική φαρμακευτική αγορά

Σημαντικοί Όροι: Clawback, Rebate, Φαρμακευτική αγορά, Ελλάδα.

Περίληψη

Σκοπός της παρούσας εργασίας ήταν είναι να εξετάσει τους παράγοντες που επηρεάζουν την εφαρμογή των μέτρων clawback και το rebate στην ελληνική φαρμακευτική αγορά. Το clawback και το rebate ανήκουν στην κατηγορία κρατικών παρεμβάσεων και πολιτικών για τον εξορθολογισμό, τον καλύτερο έλεγχο και τη μείωση των φαρμακευτικών δαπανών. Για την προσέγγιση των ερευνητικών στόχων διεξήχθησαν τέσσερις συνεντεύξεις με στελέχη που εργαζόντουσαν εργάζονται σε φαρμακευτικές εταιρείες οι οποίες που δραστηριοποιούντουσαν στην Ελληνική αγορά. Τα αποτελέσματα της έρευνας έδειξαν ότι η εφαρμογή των clawback και rebate στη χώρα φαίνεται ότι έγινε βεβιασμένα, λόγω των επιτακτικών αναγκών που δημιούργησε η ύφεση, αδυνατώντας να προσαρμοστεί αποτελεσματικά στις ανάγκες και τις ιδιαιτερότητες της ελληνικής φαρμακευτικής αγοράς. Αυτό αντανακλάται στον μεγάλο αριθμό προβλημάτων που προκάλεσαν οι πολιτικές αυτές στη λειτουργία των φαρμακευτικών εταιρειών. Το πρόβλημα γίνεται πιο οξύ αν συνυπολογιστεί η συνεισφορά του φαρμακευτικού κλάδου στην απασχόληση και στη φορολογία. Απαιτείται λοιπόν η αναπροσαρμογή των μέτρων αυτών με στόχο να λειτουργήσουν προς όφελος των ασθενών, των εταιρειών και όλων των φορέων που δραστηριοποιούνται στον φαρμακευτικό κλάδο, γιατί αυτή είναι η μόνη διέξοδος για να ενισχυθούν σταθερά και ουσιαστικά τα δημόσια έσοδα.

The apply of clawback and rebate tactics at the Hellenic pharmaceutical market

Key words: Clawback, Rebate, Pharmaceutical Market, Greece.

Abstract

The aim of the present assignment was to examine the factors that influence the application of the clawback and rebate gauge in the Greek pharmaceutical market. Clawback and rebate belong to the category of the government and political interventions for rationalization, better control and reduction of the pharmaceutical expenditures. In order to meet the research objectives, four different interviews have been conducted. The respondents were executives working in pharmaceutical companies mainly engaged in the Greek pharmaceutical market. The results of the scientific research showed that the application of the clawback and rebate gauge in Greece were executed in a hurry. This was due to the urgent needs that recession caused, making it unable to sufficiently adopt to the needs specific features of the Greek pharmaceutical market. This has also caused many problems in the function of the pharmaceutical companies. The problem became more acute if the contribution of the pharmaceutical sector in employment and taxation is reckon in. Therefore, a readjustment of clawback and rebate is needed in order to function in benefit of the patients, companies and every occupation involved with the pharmaceutical market.

Περιεχόμενα:

Περίληψη.....	viii
Abstract	x
Κατάλογος Πινάκων.....	xiv
Κατάλογος Διαγραμμάτων	xvi
Κεφάλαιο 1: Εισαγωγή.....	1
1.1 Σκοπός και στόχοι της εργασίας.....	1
1.2 Συνεισφορά της διατριβής.....	2
1.3 Δομή της εργασίας	2
Κεφάλαιο 2: Βιβλιογραφική Επισκόπηση.....	5
2.1 Εισαγωγή.....	5
2.2 Η επιρροή της οικονομικής κρίσης του 2008 στην ελληνική οικονομία και κοινωνία.....	5
2.3 Οι όροι του Clawback και του Rebate.....	11
2.4 Τρόποι υπολογισμού του Clawback και του Rebate	12
2.5 Σύγκριση clawback και rebate ανάμεσα στις Ευρωπαϊκές χώρες.....	14
2.6 Βασικά στοιχεία της αγοράς φαρμάκου στην Ελλάδα	15
2.7 Η πλευρά της ζήτησης στην αγορά του φαρμάκου στην Ελλάδα	18
2.8 Η πλευρά της προσφοράς στην αγορά του φαρμάκου στην Ελλάδα	23
Κεφάλαιο 3: Ερευνητική μεθοδολογία.....	29
3.1 Εισαγωγή.....	29
3.2 Ερευνητική φιλοσοφία	29
3.3 Ερευνητική προσέγγιση (ποσοτική και ποιοτική έρευνα).....	30
3.4 Ερευνητική μέθοδος – τρόπος συλλογής των πρωτογενών δεδομένων	32
3.5 Δειγματοληψία και ερευνητική διαδικασία.....	33
3.6 Οδηγός συνέντευξης.....	34
3.7 Τρόπος ανάλυσης των δεδομένων.....	34
3.8 Ερευνητικοί περιορισμοί.....	35
3.9 Ζητήματα Δεοντολογίας.....	36
Κεφάλαιο 4: Ανάλυση αποτελεσμάτων	37
4.1 Εισαγωγή.....	37
4.2 Δημογραφικά στοιχεία συμμετεχόντων	37
4.3 Η εφαρμογή των Clawback & Rebate και ο τρόπος υπολογισμού τους	38
4.4 Προβλήματα του Clawback και του Rebate στην εφαρμογή τους στην Ελληνική αγορά	40
4.5 Η εφαρμογή του Clawback και του Rebate σε σχέση με τις άλλες Ευρωπαϊκές χώρες....	42

4.6 Συνέπειες για τον Έλληνα ασθενή από την εφαρμογή των πρακτικών clawback και rebate	44
4.7 Προτάσεις για την καλύτερη λειτουργία των πρακτικών clawback και rebate	46
4.8 Σύνοψη Συμπερασμάτων.....	48
Κεφάλαιο 5: Συμπεράσματα.....	51
5.1 Συμπεράσματα.....	51
5.2 Προτάσεις για μελλοντικές έρευνες	54
Βιβλιογραφία:.....	55

Κατάλογος Πινάκων

2.1: Το ιστορικό της οικονομικής κρίσης του 2008	5
2.2: Βασικοί δείκτες της Ελληνικής οικονομίας μετά την εμφάνιση της κρίσης	7
2.3: Σύγκριση της εφαρμογής των clawback και rebate ανάμεσα στις Ευρωπαϊκές χώρες	14
3.1: Σύγκριση Ερευνητικών Προσεγγίσεων	30
4.1: Φύλο και επαγγελματική ιδιότητα των συμμετεχόντων	37
4.2: Σύνοψη συμπερασμάτων	48

Κατάλογος Διαγραμμάτων

2.1: Ο μαθηματικός τύπος υπολογισμού του rebate	13
2.2: Ο μαθηματικός τύπος υπολογισμού του clawback	13
2.3: Συνολική χρηματοδότηση δαπανών υγείας, Σωρευτική μεταβολή 2010-2016, σε %	15
2.4: Δημόσια χρηματοδότηση δαπανών υγείας, Σωρευτική μεταβολή 2010-2016, σε %	16
2.5: Δημόσια εξωνοσοκομειακή φαρμακευτική δαπάνη στην Ελλάδα	16
2.6: Δημόσια νοσοκομειακή φαρμακευτική δαπάνη στην Ελλάδα	17
2.7: Συμμετοχή της φαρμακευτικής βιομηχανίας στη εξωνοσοκομειακή φαρμακευτική δαπάνη (2012- 2017)	17
2.8: Συμμετοχή της φαρμακευτικής βιομηχανίας στη νοσοκομειακή φαρμακευτική δαπάνη (2012- 2017)	18
2.9: Συνολική δαπάνη φαρμακευτικά και άλλα υγειονομικά αναλώσιμα (δισ €) – Ελλάδα	19
2.10: Δημόσια κατά κεφαλήν δαπάνη, φαρμακευτικά και άλλα υγειονομικά αναλώσιμα, σύγκριση Ελλάδα και ΕΕ (22 χώρες)	20
2.11: Δημόσια κατά κεφαλήν φαρμακευτική δαπάνη στις χώρες της ΕΕ, σε €	21
2.12: Ιδιωτική κατά κεφαλήν φαρμακευτική δαπάνη στις χώρες της ΕΕ, σε €	21
2.13: Εξωνοσοκομειακή φαρμακευτική δαπάνη (εξαιρούμενης της συμμετοχής ασθενών), εξέλιξη των clawback και rebate	22
2.14: Εξέλιξη συνολικής νοσοκομειακής φαρμακευτικής δαπάνης	23
2.15: Σύντομη εικόνα της προφοράς της φαρμακευτικής αγοράς στην Ελλάδα	24
2.16: Αριθμός φαρμακείων ανά 100.00 κατοίκους στην ΕΕ	25
2.17: Δαπάνη φαρμακευτικής βιομηχανίας για Έρευνα και Ανάπτυξη (ως % στη συνολική δαπάνη για E & A)	26
2.18: Η παραγωγή φαρμάκου στην Ελλάδα (σε εκατ. €)	27
2.19: Απασχόληση στην εγχώρια παραγωγή φαρμάκου (σε χιλ. άτομα)	27
2.20: Πωλήσεις φαρμάκων σε όγκο (εκατ. συσκευασίες) – Ελλάδα	28

Κεφάλαιο 1: Εισαγωγή

1.1 Σκοπός και στόχοι της εργασίας

Ένας από τους πιο σημαντικούς κλάδους της ελληνικής οικονομίας, τόσο από πλευράς απασχόλησης, όσο και τζίρου είναι αυτός των φαρμάκων (ΕΛΣΤΑΤ, 2019; ΣΦΕΕ, 2017). Ως φάρμακο μπορεί να οριστεί κάθε προϊόν βιομηχανικής εφαρμογής της έρευνας των ιατρικών, των φαρμακευτικών και των βιολογικών επιστημών που προορίζεται για τη διάγνωση και τη θεραπεία των ανθρώπινων παθήσεων ή που γενικά επηρεάζει τη δομή και τη λειτουργία του ανθρώπινου οργανισμού (Μουρτζίκου και συν. 2015). Από την άλλη πλευρά, η οικονομική κρίση που έκανε την εμφάνισή της το 2008 επηρέασε σημαντικά τόσο τη συνολική πορεία της ελληνικής οικονομίας, όσο και των δημόσιων οικονομικών (ΟΟΣΑ, 2019; ΕΛΣΤΑΤ, 2019). Αποτέλεσμα ήταν να προκληθεί η μείωση των δημόσιων παροχών με στόχο την εξισορρόπηση των οικονομικών του κράτους. Σε αυτό το πλαίσιο, μειώθηκαν σημαντικά οι δαπάνες για την υγεία, καθώς και τα φαρμακευτικά έξοδα (ΣΦΕΕ, 2017). Ειδικότερα, και όσον αφορά την φαρμακευτική αγορά, εφαρμόστηκαν μέτρα περιορισμού της φαρμακευτικής δαπάνης ούτως ώστε να μειωθεί η επιβάρυνση του κρατικού προϋπολογισμού. Δύο από τα μέτρα αυτά ήταν το clawback και το rebate, βάσει των οποίων οι φαρμακευτικές εταιρείες χρεώνονται στην περίπτωση της υπέρβασης του κλειστού προϋπολογισμού και επιστρέφουν το ποσό σε αναλογία της συμμετοχής τους στην υπερβάλλουσα φαρμακευτική χρήση. Αξίζει να σημειωθεί, ότι η συνολική αποτελεσματικότητα αυτών των μέτρων είναι ακόμα αμφισβητήσιμη.

Με βάση λοιπόν όλα τα παραπάνω, στόχος της παρούσας εργασίας είναι να εξετάσει τους παράγοντες που επηρεάζουν την εφαρμογή των μέτρων clawback και το rebate στην ελληνική φαρμακευτική αγορά. Σε σχέση με αυτό το σκοπό, η διατριβή έχει τους παρακάτω στόχους:

- Να διερευνήσει τις απόψεις και τις στάσεις των στελεχών που εργάζονται σε φαρμακευτικές εταιρείες που δραστηριοποιούνται στην ελληνική αγορά σχετικά με την εφαρμογή των μέτρων clawback και rebate.

- Να εξετάσει ποια είναι τα κύρια προβλήματα που προκλήθηκαν στη λειτουργία της ελληνικής φαρμακευτικής αγοράς από την εφαρμογή των μέτρων clawback και rebate.
- Να εξετάσει ποιες ήταν οι συνέπειες για τους Έλληνες ασθενείς από την εφαρμογή των clawback και rebate.
- Να παραθέσει προτάσεις για την καλύτερη λειτουργία των μέτρων clawback και rebate στην ελληνική φαρμακευτική αγορά.

1.2 Συνεισφορά της διατριβής

Τα αποτελέσματα της παρούσας εργασίας αναμένεται να βοηθήσουν τα στελέχη και τους επαγγελματίες που εργάζονται στις ελληνικές φαρμακευτικές εταιρείες, καθώς και τους εργαζόμενους στους δημόσιους φορείς υγείας να αποκτήσουν μια καλύτερη εικόνα σχετικά με τις παραμέτρους και τα προβλήματα που σχετίζονται με την εφαρμογή των clawback και rebate, με στόχο οι πρώτοι να σχεδιάσουν επιχειρηματικές στρατηγικές που θα συμβάλουν στην εξασφάλιση της βιωσιμότητας των εταιρειών τους, και οι δεύτεροι, να χαράξουν δημόσιες πολιτικές που θα αξιοποιούν αρτιότερα την υπάρχουσα φαρμακευτική δαπάνη. Παράλληλα, η διατριβή θα συνεισφέρει στην ενίσχυση της υπάρχουσας βιβλιογραφίας, που βρίσκεται και σε σχετική έλλειψη, που είναι σχετική με την εξέταση των συνεπειών της εφαρμογής των clawback και rebate στην ελληνική φαρμακευτική αγορά.

1.3 Δομή της εργασίας

Η παρούσα διατριβή περιέχει έξι κεφάλαια με την εξής δομή:

Κεφάλαιο 2 - βιβλιογραφική επισκόπηση: στο δεύτερο κεφάλαιο καταρχάς παρουσιάζονται οι θεωρητικές έννοιες του clawback και του rebate. Ακόμη, στο κεφάλαιο αναλύεται διεξοδικά η ελληνική φαρμακευτική αγορά τόσο από την πλευρά της ζήτησης όσο και της προσφοράς.

Κεφάλαιο 3 - Ερευνητική μεθοδολογία: στο τρίτο κεφάλαιο παρουσιάζεται η ερευνητική μεθοδολογία της εργασίας. Πιο συγκεκριμένα, στο κεφάλαιο περιγράφεται: η ερευνητική φιλοσοφία, η ερευνητική μέθοδος, η ερευνητική διαδικασία και ο τύπος δειγματοληψίας, ο σχεδιασμός του ερευνητικού εργαλείου, ο τρόπος ανάλυσης των δεδομένων, οι ερευνητικοί περιορισμοί και τα ζητήματα δεοντολογίας της έρευνας.

Κεφάλαιο 4 - Ανάλυση αποτελεσμάτων: στο τέταρτο κεφάλαιο παρουσιάζεται η ανάλυση των πρωτογενών δεδομένων που συγκεντρώθηκαν με τη μέθοδο των προσωπικών συνεντεύξεων. Για την ανάλυση των δεδομένων χρησιμοποιήθηκε η πρακτική της θεματικής ανάλυσης.

Κεφάλαιο 5 – Συμπεράσματα: τέλος, στο πέμπτο κεφάλαιο παρατίθενται τα συμπεράσματα της εργασίας, καθώς και προτάσεις για μελλοντικές έρευνες.

Κεφάλαιο 2: Βιβλιογραφική Επισκόπηση

2.1 Εισαγωγή

Στο κεφάλαιο αυτό παρουσιάζεται η βιβλιογραφική επισκόπηση της διατριβής. Στο παρόν κεφάλαιο αναλύονται οκτώ επιμέρους ζητήματα: η επιρροή της οικονομική κρίσης στην ελληνική οικονομία και η ανάγκη επιβολής πολιτικών λιτότητας και συρρίκνωσης των δημοσίων δαπανών (όπως είναι το clawback και το rebate), ο ορισμός των όρων του clawback και του rebate, ο τρόπος υπολογισμού τους, η σύγκριση της χρήσης του clawback και του rebate ανάμεσα στις Ευρωπαϊκές χώρες, τα βασικά στοιχεία της αγοράς φαρμάκου στην Ελλάδα, η πλευρά της ζήτησης στην αγορά του φαρμάκου στην Ελλάδα και αντίστοιχα η πλευρά της προσφοράς.

2.2 Η επιρροή της οικονομικής κρίσης του 2008 στην ελληνική οικονομία και κοινωνία

Η οικονομική κρίση που εμφανίστηκε στη χώρα μας μετά το 2008 ήταν μια από τις συνέπειες της παγκόσμιας χρηματοπιστωτικής κρίσης, το ιστορικό της οποίας παρουσιάζεται συνοπτικά στον πίνακα 2.1.

Πίνακας 2.1: Το ιστορικό της οικονομικής κρίσης του 2008

<i>2008</i>	
20 Μαρτίου	Παρά την προσπάθεια διάσωσης της από τη Federal Reserve Bank of New York, η Bear Stearns Companies Inc. εν τέλει καταρρέει και πωλείται σε πολύ χαμηλή τιμή στην J.P. Morgan Chase. Έντονη φημολογία επερχόμενης κατάρρευσης της Lehman Brothers
14-15 Σεπτεμβρίου	Επιβεβαίωση της φημολογίας. Αίτηση πτώχευσης της Lehman Brothers. Η Merrill Lynch εξαγοράζει την Bank of America. Κατάρρευση της “φούσκας” στην αμερικανική αγορά στεγαστικής πίστης. Κρίση εμπιστοσύνης στο διεθνές τραπεζικό σύστημα. Κρίση ρευστότητας. Κλυδωνισμοί στην παγκόσμια οικονομία.
16 Σεπτεμβρίου	Η κυβέρνηση και η Ομοσπονδιακή Τράπεζα των ΗΠΑ αντιδρούν αποφασίζοντας να διασώσουν την American International Group, Inc. (AIG) και τους οργανισμούς παροχής στεγαστικών δανείων υπό καθεστώς

κρατικής εγγύησης Fannie Mae και Freddie Mac, αλλά αρνούνται να διασώσουν τη Lehman.

- 10 Οκτωβρίου Ο δείκτης Nikkei καταγράφει ελεύθερη πτώση. Οι ηγέτες των G-7 αναζητούν μέτρα για την αντιμετώπιση της
- 19 Οκτωβρίου Οι ευρωπαϊκές κυβερνήσεις ανακοινώνουν σχέδια διάσωσης των τραπεζών. Διασώζονται η UBS και η ING.
- 9 Νοεμβρίου Η κυβέρνηση της Κίνας ανακοινώνει την εφαρμογή διετούς σχεδίου διάσωσης
- 14 Νοεμβρίου Με βάση τα οικονομικά αποτελέσματα και τις νέες προβλέψεις που δημοσιοποιούνται, η οικονομία της ζώνης του ευρώ έχει εισέλθει σε τροχιά ύφεσης.
- 15 Νοεμβρίου Πρώτη μετά την κρίση συνάντηση των ηγετών των G-20 στη Washington. Επαναδιατύπωση των συμπερασμάτων του Ευρωπαϊκού Συμβουλίου στις 26 Οκτωβρίου: αύξηση του ελέγχου, επίβλεψη της λειτουργίας των αγορών.
- 19 Νοεμβρίου Μεγάλη πτώση του δείκτη Dow Jones στη χαμηλότερη τιμή της πενταετίας.
- Δεκέμβριος Συντονισμένη παρέμβαση των κεντρικών τραπεζών της ζώνης του ευρώ, της Μεγάλης Βρετανίας, της Σουηδίας και της Δανίας με μείωση των βασικών επιτοκίων τους.
- Ακολουθούν η Ομοσπονδιακή Τράπεζα των ΗΠΑ και η Τράπεζα της Ιαπωνίας. Η Ομοσπονδιακή Τράπεζα των ΗΠΑ μειώνει το βασικό επιτόκιο της στο ιστορικά χαμηλό επίπεδο 0-0,25%.

2009

-
- Ιανουάριος Οι ΗΠΑ παρέχουν ρευστότητα στις τράπεζες
- Νέος Πρόεδρος των ΗΠΑ αναλαμβάνει ο Μπαράκ Ομπάμα.
- Νέα μείωση των επιτοκίων από την ΕΚΤ.
- Υπό το βάρος της κρίσης φερεγγυότητας, η κυβέρνηση της Ισλανδίας καταρρέει
- 2 Απριλίου Σύνοδος των ηγετών των G-20 στο Λονδίνο. Διεθνής συνεργασία για τη διαχείριση της κρίσης και την έξοδο από αυτή. Μέτρα πρόληψης μελλοντικών κρίσεων (εποπτεία του παγκόσμιου χρηματοπιστωτικού συστήματος και απλούστερο ρυθμιστικό πλαίσιο)
- Ιούνιος Υποχώρηση της παγκόσμιας κατανάλωσης πετρελαίου. Κρίση στην αυτοκινητοβιομηχανία. Η General Motors και οι θυγατρικές της υποβάλλουν αίτηση για προστασία από τους πιστωτές τους και ζητούν κρατική ενίσχυση.
- Το Ευρωπαϊκό Συμβούλιο αποφασίζει ότι απαραίτητα στοιχεία μιας στρατηγικής για την έξοδο από τις παρούσες συνθήκες υψηλών ελλειμμάτων

και υψηλού δημόσιου χρέους είναι η υιοθέτηση αξιόπιστων μεσοπρόθεσμων σχεδίων δημοσιονομικής εξυγίανσης.

- Ιούλιος Αύξηση του ποσοστού ανεργίας στη Μεγάλη Βρετανία και στις ΗΠΑ.
- 21 Δημοσιοποιείται η έκθεση του ΟΟΣΑ για την πορεία της οικονομίας στην Σεπτεμβρίου ΕΕ. Σημειώνει το πρόβλημα των υπερβολικών δημοσιονομικών ελλειμμάτων και τον κίνδυνο υπερχρέωσης για ορισμένες χώρες της ΕΕ, που αντανακλάται ήδη στην αύξηση των διαφορών αποδόσεων (spreads) των κρατικών ομολόγων. Υποστηρίζει την ανάγκη για επιστροφή στη δημοσιονομική πειθαρχία.

Πηγή: Τράπεζα της Ελλάδος, 2009

Ενώ η κρίση έγινε αισθητή στην Ελλάδα λίγο μετά το 2008, ο αρνητικός της αντίκτυπος στην πορεία της οικονομίας και κατ' επέκταση στην κοινωνία ήταν ιδιαίτερα έντονος. Αυτό αποτυπώνεται και στα στοιχεία που παραθέτουν οργανισμοί όπως ο ΟΟΣΑ, η ΕΛΣΤΑΤ και η Eurostat (βλέπε πίνακα 2.2). Ειδικότερα, η κρίση προκάλεσε τη μείωση του κατά κεφαλήν Ακαθάριστου Εθνικού Προϊόντος (ΑΕΠ) και Ακαθάριστου Εθνικού Εισοδήματος (ΑΕΕ), τα οποία κινούνται σταθερά κάτω από τις 30.000 \$ σε Μονάδες Αγοραστικής Δύναμης (ΜΑΔ). Τόσο το ΑΕΠ όσο και το ΑΕΕ έφτασαν στο χαμηλότερο τους σημείο το 2012 και από τότε σημείωσαν άνοδο, παραμένοντας όμως σημαντικά χαμηλότερα από τους αντίστοιχους δείκτες των χωρών της Βόρειας Ευρώπης, αλλά και του Ευρωπαϊκού μέσου όρου. Ενδεικτικά, το κατά κεφαλήν ΑΕΠ στις ευρωπαϊκές χώρες του ΟΟΣΑ για το 2017 ανερχόταν σε 39.837 \$ σε ΜΑΔ (ΟΟΣΑ, 2019). Αξίζει να σημειωθεί επίσης, ότι πριν από την κρίση, δηλαδή το 2008, το κατά κεφαλήν ΑΕΠ στην Ελλάδα ήταν 30.856 \$.

Πίνακας 2.2: Βασικοί δείκτες της Ελληνικής οικονομίας μετά την εμφάνιση της κρίσης

	Μονάδα μέτρησης	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017
Γενικοί δείκτες									
Κατά κεφαλήν ΑΕΠ	Σε ΜΑΔ σε \$	28 148	26 141	25 284	26 098	26 839	26 902	27 274	28 544
Ακαθάριστο εθνικό εισόδημα (ΑΕΕ) κατά κεφαλήν	Σε ΜΑΔ σε \$	27 599	25 427	25 452	26 066	27 020	26 818	26 907	..
Διαθέσιμο εισόδημα νοικοκυριών	Ετήσια αύξηση σε %	-10,5 e	-10,6 e	-9,8 e	-7,8 e	1,7 e	-1,5 e	-1,3 e	..
Οικονομική ανάπτυξη									

Αύξηση του πραγματικού ΑΕΠ	Ετήσια αύξηση σε %	-5,5	-9,1	-7,3	-3,2	0,7	-0,4	-0,2	1,5
Καθαρό ποσοστό αποταμίευσης στο διαθέσιμο εισόδημα των νοικοκυριών	%	-6,9 e	-8,9 e	-10,9 e	-16,4 e	-13,8 e	-15,6 e	-17,0 e	..
Κυβερνητικά ελλείμματα και χρέος									
Δημόσιο έλλειμμα	% του ΑΕΠ	-11,2	-10,3 e	-8,9 e	-13,2 e	-3,6 e	-5,6 e	0,5 e	0,8 e
Δημόσιο χρέος	% του ΑΕΠ	129,0	110,9	164,1	179,7	180,8	182,9	185,8	188,7
Έσοδα της γενικής κυβέρνησης	% του ΑΕΠ	41,3	43,8	46,9	49,1	46,6	47,9	49,5	48,1
Δαπάνες γενικής κυβέρνησης	% του ΑΕΠ	52,5	54,1	55,4	62,2	50,2	53,5	49,1	..
Κυβερνητικές δαπάνες	% του ΑΕΠ								
Κυβερνητικές / υποχρεωτικές δαπάνες για την υγεία	% του ΑΕΠ	6,6	6,0	5,9	5,2	4,6	4,8	5,2	5,1 e
Εθελοντικές δαπάνες για την υγεία	% του ΑΕΠ	3,0	3,1	3,0	3,1	3,2	3,3	3,2	3,2 e
Δημόσιες κοινωνικές δαπάνες	% του ΑΕΠ	24,9	26,0	26,9	25,1	25,2	25,4	25,7	24,8
Ιδιωτικές κοινωνικές δαπάνες	% του ΑΕΠ	1,1	1,1	1,1	1,2	1,1	1,1	..	..
Δημόσιες συνταξιοδοτικές δαπάνες	% του ΑΕΠ	14,2	15,8	17,1	16,0	16,4	16,9	..	..
Καθαρή επίσημη αναπτυξιακή βοήθεια (Ενίσχυση)	% του ΑΕΠ	0,17	0,15	0,13	0,10	0,11	0,12	0,19	0,16
Φορολογία									
Συνολικά φορολογικά έσοδα	% του ΑΕΠ	32,0	33,6	35,5	35,5	35,7	36,6	38,8	39,4
Φόρος επί του εισοδήματος	% του ΑΕΠ	4,0	4,8	7,0	6,0	5,9	5,8	5,9	..
Φόρος επί των εταιρικών κερδών	% του ΑΕΠ	2,5	2,1	1,1	1,1	1,9	2,2	2,5	..
Φόροι επί αγαθών και υπηρεσιών	% του ΑΕΠ	12,3	13,2	13,3	13,7	13,9	14,3	15,4	15,4
Φόροι επί του μέσου εργαζόμενου	% του εργατικού κόστους	40,1	43,0	42,9	41,3	40,4	39,1	40,5	40,8
Τιμές και επιτόκια									
Πληθωρισμός	Ετήσια αύξηση σε %	4,7	3,3	1,5	-0,9	-1,3	-1,7	-0,8	1,1
Εκπαίδευση									

Ποσοστό πληθυσμού στην τριτοβάθμια εκπαίδευση (ηλικία: 25-64)	%	25	26	27	27	28	29	30	31
Νέοι 15-19 που δεν εργάζονται και δεν σπουδάζουν.	%	7,5	8,3	10,7	9,3	10,5	8,4	8,1	8,5
Νέοι 20-24 που δεν εργάζονται και δεν σπουδάζουν.	%	21,1	24,1	30,4	33,1	31,3	28,1	25,0	24,0
Απασχόληση									
Ποσοστό απασχόλησης σε πληθυσμό ηλικίας 15-24 ετών	%	20,1	16,1	13,0	11,9	13,3	13,0	13,0	14,2
Ποσοστό απασχόλησης σε πληθυσμό ηλικίας 25-54 ετών	%	73,2	68,8	63,9	61,3	62,4	64,5	66,0	67,4
Ποσοστό απασχόλησης σε πληθυσμό ηλικίας 55-64 ετών	%	42,4	39,5	36,5	35,6	34,1	34,3	36,3	38,3
Ποσοστό εργαζομένων μερικής απασχόλησης	%	8,9	9,1	9,8	10,3	11,2	11,1	11,0	11,0
Ανεργία									
Σύνολο ανεργίας	%	12,7	17,9	24,4	27,5	26,5	24,9	23,5	21,5
Μακροχρόνια ανεργία	%	44,6	49,3	59,1	67,1	73,5	73,1	72,0	72,8
Πληθυσμός									
Σύνολο πληθυσμού	'000 άτομα	11 153	11 124	11 090	..	..	..	..	..
Ποσοστό αύξησης	%	-0,3	-0,3	-0,3	..	..	..	..	..
Υγεία									
Προσδόκιμο ζωής κατά τη γέννηση	Σε χρόνια	80,7	80,8	80,7	81,4	81,5	81,1	81,5	..
Προσδόκιμο ζωής κατά τη γέννηση: άνδρες	Σε χρόνια	78,0	78,0	78,0	78,7	78,8	78,5	78,9	..
Προσδόκιμο ζωής κατά τη γέννηση: γυναίκες	Σε χρόνια	83,3	83,6	83,4	84,0	84,1	83,7	84,0	..
Βρεφική θνησιμότητα	Ανά 1000 βρέφη	3,8	3,4	2,9	3,7	3,7	4,0	4,2	..
Ποσοστά αυτοκτονίας	Ανά 100.000 άτομα	3,1	3,9	4,2	4,5	4,7	4,4	..	..

Πηγές: ΟΟΣΑ, 2019; ΕΛΣΤΑΤ, 2019; Eurostat 2019

Η επιβράδυνση της οικονομίας τα τελευταία δέκα χρόνια αποτυπώνεται τόσο στην ετήσια αύξηση του πραγματικού ΑΕΠ, όπου από το 2010 μέχρι το 2016 μειώνεται σταθερά, όσο και από το ποσοστό αποταμίευσης των ελληνικών νοικοκυριών που

μειώθηκε σημαντικά, φτάνοντας το 2016 στο -17 %. Ενθαρρυντικό είναι το γεγονός ότι το ΑΕΠ το 2017 αυξήθηκε κατά 1,5 %, μένει όμως να παρακολουθηθεί ο δείκτης και τα επόμενα χρόνια για να διαπιστωθεί αν η χώρα όντως μπήκε σε αναπτυξιακή τροχιά.

Επίσης, μια από τις σημαντικές αλλαγές που προκάλεσε η κρίση ήταν η δημιουργία πλεονασμάτων η οποία όμως είχε ως αποτέλεσμα τη μείωση των κυβερνητικών δαπανών. Χαρακτηριστικό είναι ότι οι κρατικές δαπάνες μειώθηκαν ως ποσοστό του ΑΕΠ, αλλά και το ΑΕΠ μειώθηκε σημαντικά, στοιχείο που υπογραμμίζει τη σχετικά σημαντική συρρίκνωσή τους σε απόλυτα νούμερα. Σε αυτό το πλαίσιο, μειώθηκαν και οι δαπάνες για την υγεία, που περιλαμβάνουν και τις φαρμακευτικές δαπάνες. Από την άλλη πλευρά, τα κυβερνητικά έσοδα αυξήθηκαν σημαντικά μετά το 2008 και μια από τις βασικές αιτίες ήταν η αύξηση της φορολογίας και ειδικότερα του φόρου εισοδήματος και των φόρων στα προϊόντα και τις υπηρεσίες. Παρόλο όμως τα μέτρα λιτότητας που εφαρμόστηκαν, το χρέος ως ποσοστό του ΑΕΠ παραμένει σε υψηλά επίπεδα, θέτοντας ερωτήματα για την αποτελεσματικότητά τους (κάτι που συμβαίνει και με τα μέτρα του clawback και του rebate).

Επιπρόσθετα, ιδιαίτερα αρνητική ήταν η επίδραση της κρίσης στην αγορά εργασίας. Η ανεργία αυξήθηκε σε ανεξέλεγκτα επίπεδα (άνω του 25 %), ενώ η μακροχρόνια ανεργία κινείται σταθερά ανοδικά, φτάνοντας το 2017 στο 72%. Το 2016 και 2017 η ανεργία παρουσίασε πτωτικές τάσεις, παραμένει όμως υψηλή, υποδεικνύοντας ότι στην εγχώρια οικονομία δεν έχει επέλθει ακόμα η ομαλότητα. Το μέγεθος του προβλήματος της ανεργίας αντικατοπτρίζεται στο γεγονός ότι σε όλες τις ηλικιακές κατηγορίες του ελληνικού πληθυσμού η απασχόληση από το 2010 μειώθηκε σημαντικά. Τέλος, όσον αφορά την υγεία, η κρίση δεν επηρέασε ούτε το προσδόκιμο ζωής, ούτε την παιδική θνησιμότητα. Μετά όμως την εμφάνισή της αυξήθηκαν τα ποσοστά αυτοκτονίας.

Εν κατακλείδι, η κρίση έκανε επιτακτική την ανάγκη εξ ορθολογισμού των δημόσιων οικονομικών με στόχο να δημιουργηθούν πλεονάσματα για να μπορεί η χώρα να ανταπεξέρχεται στις δανειακές της υποχρεώσεις. Στο πλαίσιο αυτό εφαρμόστηκαν πολιτικές περικοπών των δαπανών -όπως φάνηκε και από την ανάλυση παραπάνω- στους περισσότερους τομείς της δημόσιας ζωής. Ένας από αυτούς ήταν και ο κλάδος της υγείας και ειδικότερα ο φαρμακευτικός κλάδος. Μια από τις πρακτικές που ακολουθήθηκαν στον συγκεκριμένο χώρο ήταν η εφαρμογή του clawback και του

rebate (Vandoros & Stargardt, 2013; Balasopoulos et al. 2017), τα οποία ως όροι παρουσιάζονται στις επόμενες παραγράφους.

2.3 Οι όροι του Clawback και του Rebate

Το clawback και το rebate ανήκουν στην κατηγορία κρατικών παρεμβάσεων και πολιτικών για τον εξορθολογισμό, τον καλύτερο έλεγχο και τη μείωση των φαρμακευτικών δαπανών (Vogler, Zimmermann & de Joncheere, 2016). Αυτό φαίνεται και στον ορισμό τους. Για παράδειγμα, οι Vogler et al. (2016) ορίζουν το rebate ως τη μείωση της τιμής που χορηγείται σε συγκεκριμένους αγοραστές υπό συγκεκριμένες προϋποθέσεις πριν από την αγορά. Με άλλα λόγια, είναι μια πληρωμή που πραγματοποιείται στον αγοραστή μετά την ολοκλήρωση της συναλλαγής. Σε κλίμα συμφωνίας, και προσαρμόζοντας τον ορισμό στην Ελληνική πραγματικότητα, η Παναγοπούλου (2019) αναφέρει ότι το rebate είναι:

«...η υποχρεωτική έκπτωση την οποία καλούνται να κάνουν στον ΕΟΠΥΥ και στα Νοσοκομεία οι ιδιώτες πάροχοι (γιατροί, φαρμακοποιοί, φαρμακευτικές εταιρείες, διαγνωστικά κέντρα) ανάλογα με τον τζίρο τους προς τον Οργανισμό. Για τα φαρμακευτικά προϊόντα το rebate υπολογίζεται βάσει ύψους πωλήσεων προϊόντος».

Η Kalavrezou (2016) συμπληρώνει ότι ο Ν. 3918/2011 εισήγαγε μηχανισμούς έκπτωσης (τύπου rebate) τόσο για τα φαρμακεία όσο και για τις φαρμακευτικές εταιρείες. Στην πράξη, οι εκπτώσεις ισχύουν για τις χρηματοοικονομικές υποχρεώσεις του ΕΟΠΥΥ (και των άλλων ταμείων κοινωνικής ασφάλισης), δηλαδή τα φαρμακεία και οι φαρμακευτικές εταιρείες λαμβάνουν το οφειλόμενο χρέος με έκπτωση ανάλογα με το μέγεθος των μηνιαίων φαρμακευτικών δαπανών του ΕΟΠΥΥ. Για τα φαρμακεία, η μηνιαία έκπτωση μπορεί να φθάσει το 8%, ενώ στην περίπτωση των απευθείας πωλήσεων εφαρμόζεται πρόσθετη κλίμακα ανά τιμολόγιο. Για τις φαρμακευτικές εταιρείες, η μηνιαία έκπτωση ισούται με το 9% της τιμής παραγωγής, ενώ οι εταιρείες υπόκεινται σε πρόσθετη τριμηνιαία έκπτωση. Αυτό εξαρτάται από τον όγκο των πωλήσεων ανά περίοδο 3 μηνών και μπορεί να κυμαίνεται από 2% έως 12%.

Από την άλλη πλευρά, το Clawback ορίζεται ως ο αυτόματος μηχανισμός επιστροφής υπερβάσεων στον προϋπολογισμό του ΕΟΠΥΥ/Νοσοκομείων. Αφορά τους παρόχους

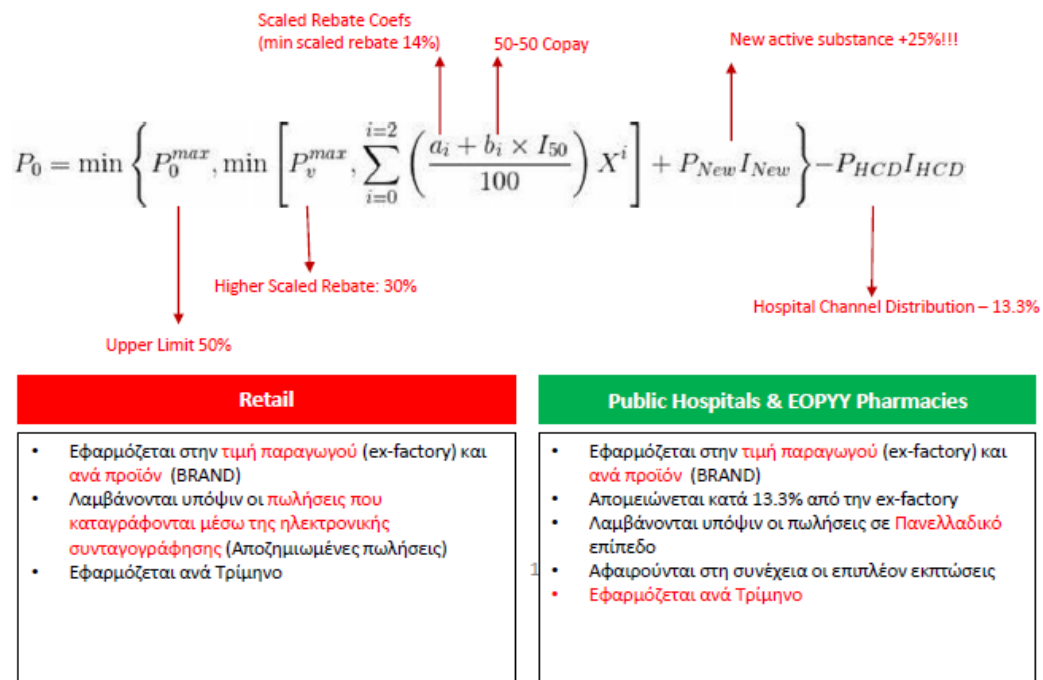
του Οργανισμού, οι οποίοι επιστρέφουν κάθε χρόνο αναλογικά το μερίδιο της υπέρβασης (Παναγοπούλου, 2019). Για παράδειγμα, εάν ο προϋπολογισμός για φάρμακα ή εξετάσεις είναι 100 ευρώ και κλείσει στα 120 ευρώ, οι πάροχοι επιστρέφουν στον ΕΟΠΥΥ 20 ευρώ. Υπολογίζεται ανά προμυθευτή ανάλογα του μεριδίου αγοράς και του ρυθμού ανάπτυξής του.

Σε κλίμα συμφωνίας, η Kalavrezou (2016) αναφέρει ότι το clawback για τις φαρμακευτικές δαπάνες νομοθετήθηκε το 2012 με το Ν.4052/ 2012. Τα clawbacks αναφέρονται σε ένα ανώτατο όριο για τις φαρμακευτικές δαπάνες, το οποίο ορίζεται ως αρχή. Όταν σημειώνεται υπέρβαση αυτού του ορίου, οι φαρμακευτικές εταιρείες υποχρεούνται να επιστρέφουν το υπερβάλλον ποσό στον ΕΟΠΥΥ. Το clawback υπολογίζεται σε εξαμηνιαία βάση και μπορεί να αντισταθμιστεί με τις υποχρεώσεις του ΕΟΠΥΥ έναντι των φαρμακευτικών εταιρειών.

Τα ανώτατα όρια ανάκτησης που προβλέπονταν έχουν καθοριστεί με 3 υπουργικές αποφάσεις που εκδίδονται σε ετήσια βάση. Το 2012, το ανώτατο όριο καθορίστηκε σε 2,88 δισεκατομμύρια, το 2013 σε 2,371 δισεκατομμύρια και το 2014 σε 2 δισεκατομμύρια ευρώ. Κάθε ποσό που υπερβαίνει αυτό το ανώτατο όριο πρέπει να επιστραφεί στο ΕΟΠΥΥ (Kalavrezou, 2016).

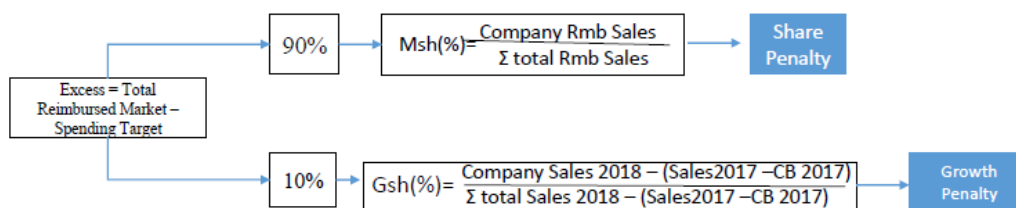
2.4 Τρόποι υπολογισμού του Clawback και του Rebate

Ο υπολογισμός τόσο του Clawback όσο και του Rebate είναι σχετικά σύνθετος και αυτό αποτυπώνεται στον αλγεβρικό τύπο που χρησιμοποιείται για αυτούς. Καταρχάς, το διάγραμμα 2.1 δείχνει τον τρόπο υπολογισμού του rebate. Όπως φαίνεται παρακάτω, λαμβάνονται υπόψη οι πωλήσεις σε Πανελλαδικό επίπεδο και οι πωλήσεις μέσω ηλεκτρονικής συνταγογράφησης, ενώ εφαρμόζεται στις τιμές παραγωγού και ανά brand.



Διάγραμμα 2.1: Ο μαθηματικός τύπος υπολογισμού του rebate, *Πηγή: Παναγοπούλου (2019)*

Από την άλλη πλευρά, ο υπολογισμός του clawback εξαρτάται από το μερίδιο αγοράς και τον ρυθμό ανάπτυξης της φαρμακευτικής εταιρείας (βλέπε διάγραμμα 2.2).



Διάγραμμα 2.2: Ο μαθηματικός τύπος υπολογισμού του clawback, *Πηγή: Παναγοπούλου (2019)*

2.5 Σύγκριση clawback και rebate ανάμεσα στις Ευρωπαϊκές χώρες

Ο πίνακας 2.3 δείχνει τη συνεισφορά της φαρμακευτικής βιομηχανίας στην εφαρμογή των πρακτικών clawback και του rebate ανάμεσα στις Ευρωπαϊκές χώρες. Όπως φαίνεται παρακάτω, στη χώρα μας ο φαρμακευτικός κλάδος είναι αυτός που συνεισφέρει κατά 27,3 % στα κρατικά έσοδα που προέρχονται από το clawback και το rebate, τη στιγμή που ο Ευρωπαϊκός μέσος όρος είναι μόλις στο 8,6 %. Φαίνεται λοιπόν ότι η εφαρμογή των clawback και του rebate στην εγχώρια φαρμακευτική αγορά αποτελεί ακρογωνιαίο λίθο της περικοπής των κρατικών δαπανών στον τομέα της υγείας. Η Ελλάδα ακολουθείται από τη Γερμανία, ενώ τα χαμηλότερα ποσοστά είναι στην Ολλανδία και τη Σουηδία.

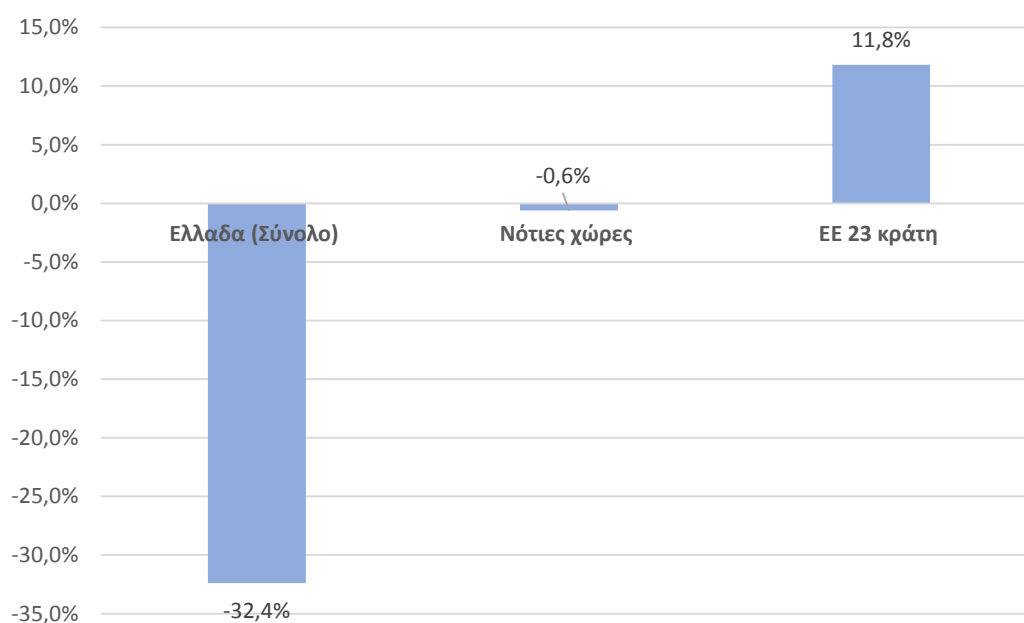
Πίνακας 2.3: Σύγκριση της εφαρμογής των clawback και rebate ανάμεσα στις Ευρωπαϊκές χώρες

Χώρα	Συνολικά ποσά clawback και rebate σε εκ. €	Ποσοστό συνεισφοράς της φαρμακευτικής βιομηχανίας στο σύνολο της φαρμακευτικής δαπάνης
Ελλάδα	946	27,3%
Γερμανία	5.559	13,3%
Βουλγαρία	145	10,0%
Ευρωπαϊκός μέσος όρος	1.168	8,6%
Ρουμανία	243	7,8%
Ιταλία	1.401	7,4%
Πορτογαλία	161	6,6%
Γαλλία	1.637	6,0%
Αυστρία	125	5,5%
Ισπανία	500	3,1%
Ιρλανδία	51	2,9%
Σουηδία	16	0,8%
Ολλανδία	-	0,0%

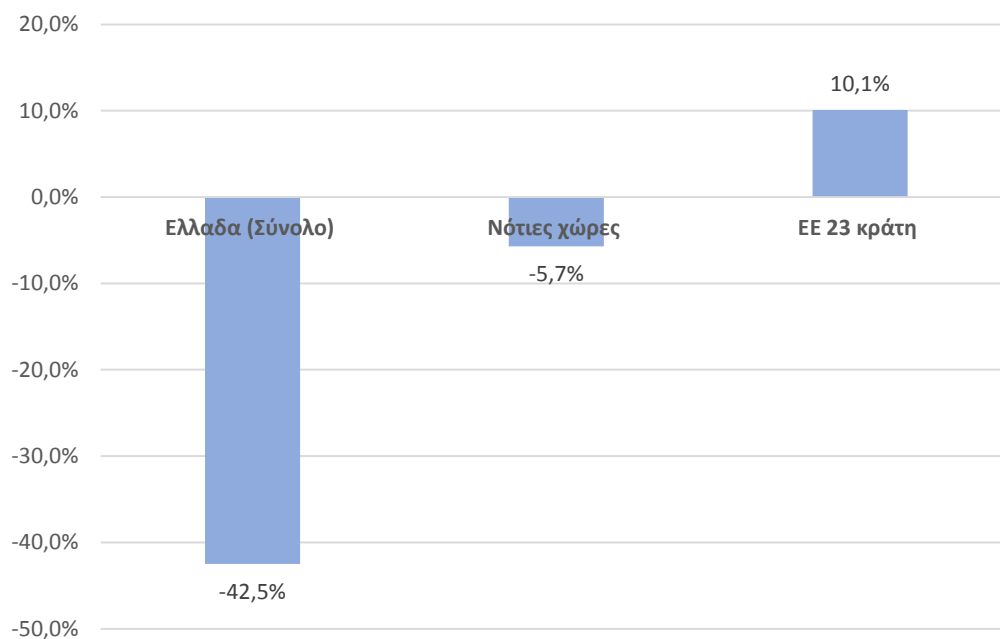
Πηγή: *EU Pharma Associations estimations, SFEE (2017); Παναγοπούλου (2019)*

2.6 Βασικά στοιχεία της αγοράς φαρμάκου στην Ελλάδα

Όπως αναφέρθηκε νωρίτερα, η οικονομική κρίση προκάλεσε τη μείωση της χρηματοδότησης των δαπανών υγείας. Αυτό αποτυπώθηκε τόσο στη συνολική χρηματοδότηση για την υγεία όσο και τη δημόσια. Ειδικότερα, σύμφωνα με τα στοιχεία του IOBE (2017) και του OECD (2017) το διάστημα 2010-2016 η συνολική χρηματοδότηση για την υγεία μειώθηκε κατά -32,4 %, φτάνοντας στα 14,5 δις. €. Ακόμα πιο μεγάλη ήταν η μείωση των δημόσιων δαπανών για την υγεία που για το ίδιο χρονικό διάστημα γνώρισαν πτώση της τάξεως του -42,5 %, πέφτοντας στα 8,5 δις. €. Κάνοντας μια σύγκριση με τις άλλες χώρες της Νότιας Ευρώπης, οι οποίες επίσης βρίσκονταν υπό καθεστώς δημοσιονομικής πειθαρχίας, η πτώση στη χώρα μας αναλογικά ήταν πολύ μεγαλύτερη. Αντίθετα, και για το ίδιο πάντα διάστημα, ανοδικά κινήθηκε η χρηματοδότηση των δαπανών υγείας στο σύνολο των Ευρωπαϊκών χωρών (βλέπε διαγράμματα 2.3 και 2.4). Τα παραπάνω στοιχεία υποδεικνύουν την όξυνση των ανισοτήτων μεταξύ των χωρών της Ένωσης, καλώντας τις αρμόδιες Ευρωπαϊκές αρχές να πάρουν μετρά με στόχο την επίτευξη της σύγκλισης ανάμεσα στα κράτη μέλη (Πετράκος και Ψυχάρης, 2016).

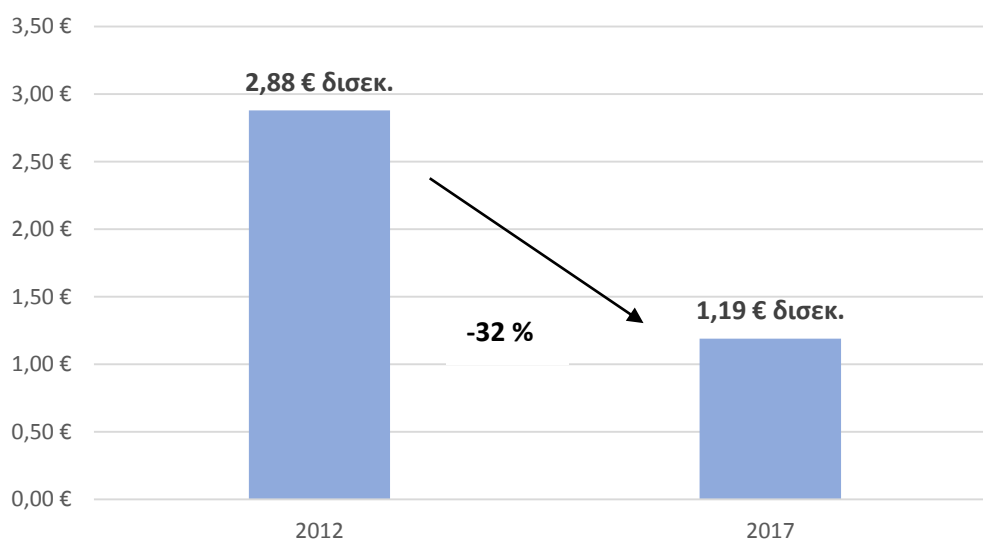


Διάγραμμα 2.3: Συνολική χρηματοδότηση δαπανών υγείας, Σωρευτική μεταβολή 2010-2016, σε % Πηγή: IOBE (2017); OECD (2017)

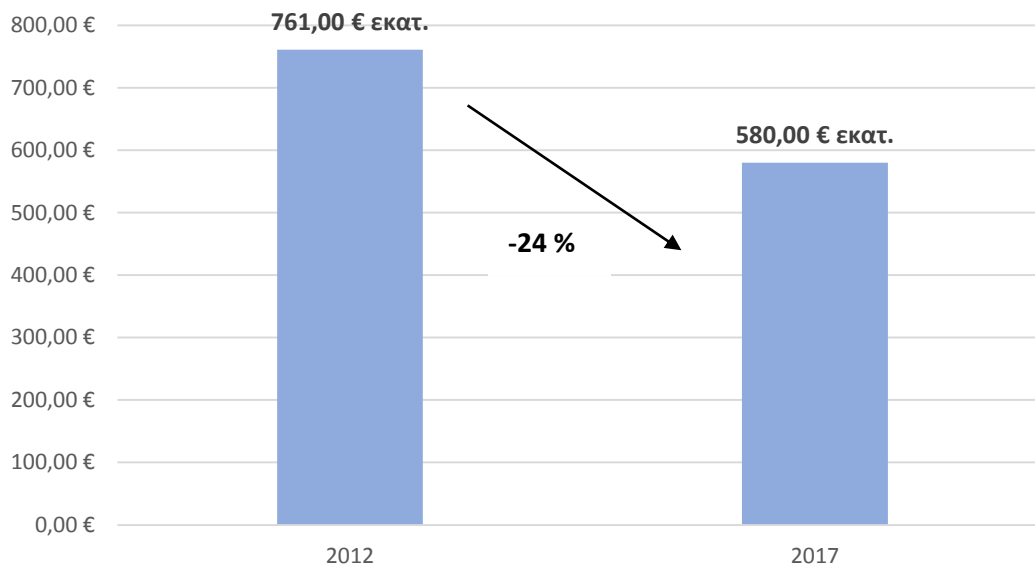


Διάγραμμα 2.4: Δημόσια χρηματοδότηση δαπανών υγείας, Σωρευτική μεταβολή 2010-2016, σε % Πηγή: IOBE (2017); OECD (2017)

Όπως ήταν αναμενόμενο, η μεγάλη πτώση των δημόσιων δαπανών για την υγεία προκάλεσε και τη μείωση της φαρμακευτικής δαπάνης. Στο ίδιο μήκος κύματος, πιο μεγάλη ήταν η πτώση της δημόσιας έξω-νοσοκομειακής φαρμακευτικής δαπάνης σε σχέση με τη νοσοκομειακή (βλέπε διαγράμματα 2.5 και 2.6). Έγινε προσπάθεια λοιπόν να περιοριστεί η φαρμακευτική δαπάνη στο επίπεδο του αναγκαίου.

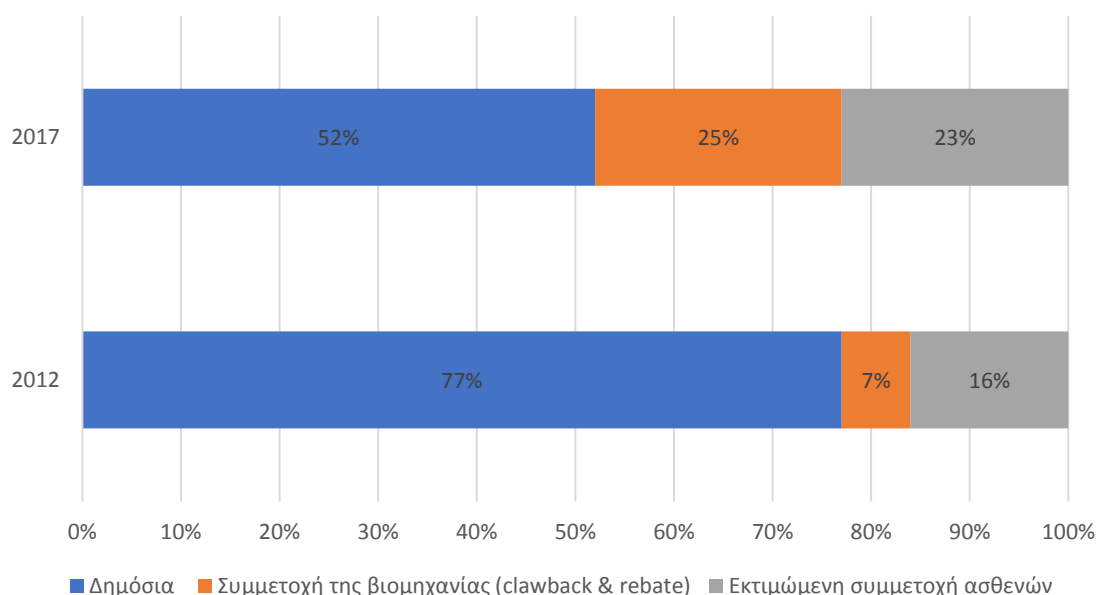


Διάγραμμα 2.5: Δημόσια εξωνοσοκομειακή φαρμακευτική δαπάνη στην Ελλάδα, Πηγή: IOBE (2017); ΣΦΕΕ (2017)

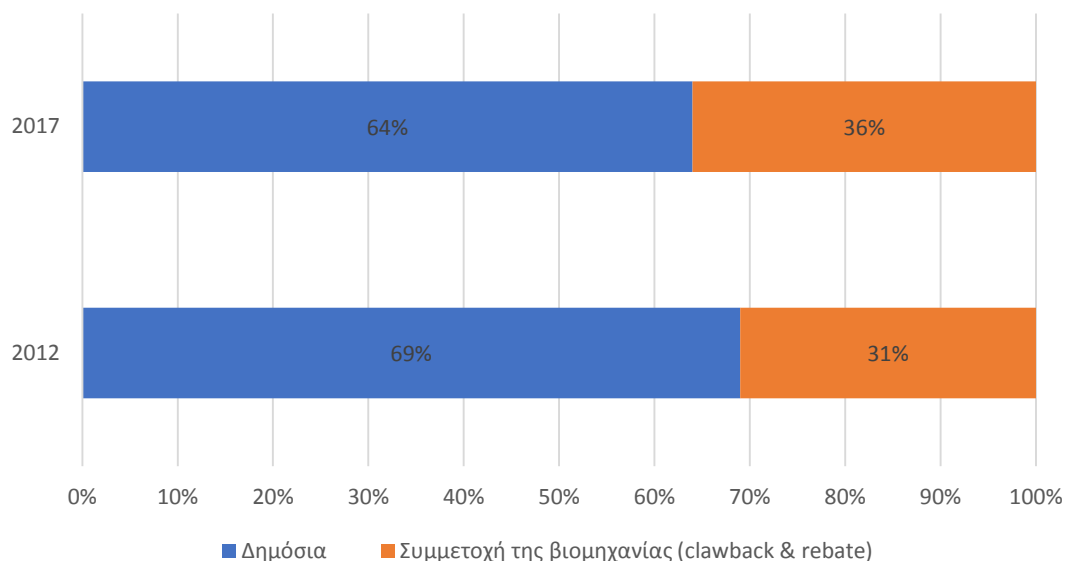


Διάγραμμα 2.6: Δημόσια νοσοκομειακή φαρμακευτική δαπάνη στην Ελλάδα, Πηγή: IOBE (2017); ΣΦΕΕ (2017)

Τέλος, ενώ οι φαρμακευτικές δαπάνες μειώθηκαν, η συμμετοχή της φαρμακευτικής βιομηχανίας σε αυτές μέσω του clawback και του rebate για το διάστημα 2012-2017 αυξήθηκε σημαντικά. Πιο έντονη ήταν η αύξηση στην εξωνοσοκομειακή δαπάνη, όπου από 7 % έφτασε στο 24 % (βλέπε διαγράμματα 2.7 και 2.8).



Διάγραμμα 2.7: Συμμετοχή της φαρμακευτικής βιομηχανίας στη εξωνοσοκομειακή φαρμακευτική δαπάνη (2012- 2017), Πηγή: IOBE (2017); ΣΦΕΕ (2017)

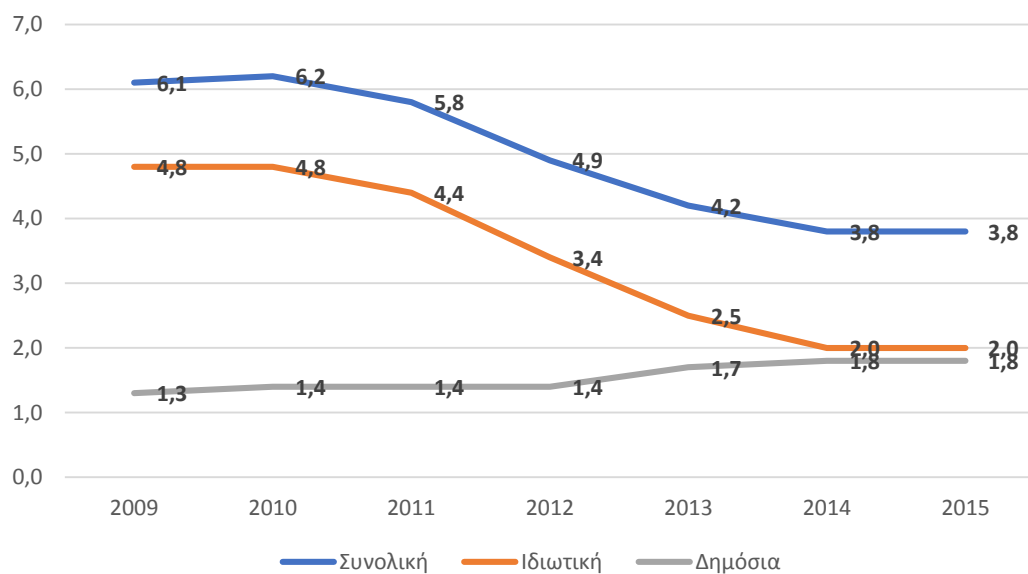


Διάγραμμα 2.8: Συμμετοχή της φαρμακευτικής βιομηχανίας στη νοσοκομειακή φαρμακευτική δαπάνη (2012- 2017), Πηγή: IOBE (2017); ΣΦΕΕ (2017)

Φαίνεται λοιπόν ότι το βάρος της κατανομής της φαρμακευτικής δαπάνης ως ένα σημείο μεταφέρθηκε στις φαρμακευτικές εταιρείες, και ο τρόπος για να γίνει αυτό ήταν η εφαρμογή του clawback και του rebate. Εκτός όμως από αυτό, μειώθηκε σημαντικά και η συνολική φαρμακευτική δαπάνη, στοιχείο που προκάλεσε την επιπλέον μείωση των εσόδων των εταιρειών του κλάδου. Όλα αυτά αποτυπώνονται αρτιότερα στην επόμενη παράγραφο που εξετάζεται αναλυτικότερα η πλευρά της ζήτησης στην αγορά του φαρμάκου στην Ελλάδα.

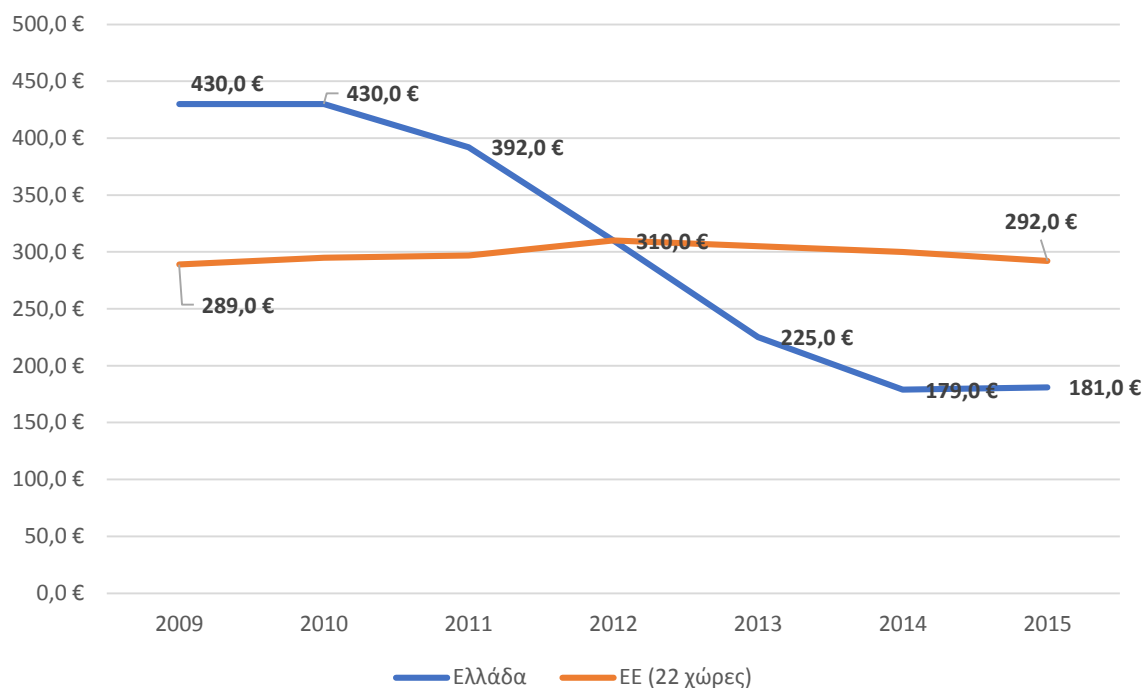
2.7 Η πλευρά της ζήτησης στην αγορά του φαρμάκου στην Ελλάδα

Εξετάζοντας σε βάθος χρόνου τη συνολική φαρμακευτική δαπάνη στην Ελλάδα από την εμφάνιση της οικονομικής κρίσης και μετά, παρατηρείται ότι η πτωτική της πορεία ήταν σταδιακή και συνεχής (διάγραμμα 2.9). Χαρακτηριστικό είναι όμως ότι η μείωσή της οφείλεται κατ' αποκλειστικότητα στη συρρίκνωση της δημόσιας φαρμακευτικής δαπάνης, δεδομένου ότι οι ιδιωτικές φαρμακευτικές δαπάνες αυξήθηκαν. Ένα ακόμα λοιπόν μέρος του βάρους των δαπανών μεταφέρθηκε στους πολίτες, αναδεικνύοντας ξανά τις μεγάλες αλλαγές που προκάλεσε η ύφεση στη λειτουργία της εγχώριας οικονομίας και κοινωνίας.



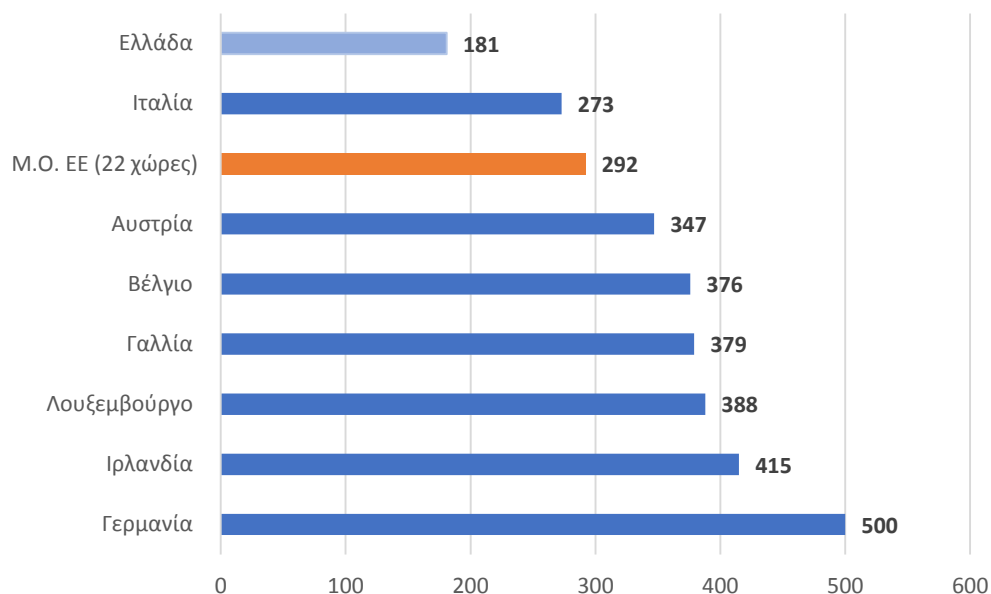
Διάγραμμα 2.9: Συνολική δαπάνη φαρμακευτικά και άλλα υγειονομικά αναλώσιμα (δισεκ. €) – Ελλάδα, Πηγή: IOBE (2017); ΕΛΣΤΑΤ (2018)

Η πτωτική αυτή τάση αντικατοπτρίζεται και στην κατά κεφαλήν φαρμακευτική δαπάνη στην Ελλάδα, η οποία από 430 € το 2009 έφτασε στα 181 € το 2015. Αντίθετα, στο σύνολο των χωρών της ΕΕ η κατά κεφαλήν φαρμακευτική δαπάνη σημείωσε μικρή αύξηση, φτάνοντας το 2015 στα 292 € (διάγραμμα 2.10). Πρέπει όμως να σημειωθεί ότι στη χώρα μας παρατηρούνται δύο ακραία φαινόμενα. Πρώτον, πριν την κρίση η κατά κεφαλήν φαρμακευτική δαπάνη ήταν ιδιαίτερα υψηλή, σχεδόν 50 % υψηλότερη από τον μέσο όρο της ΕΕ. Από την άλλη πλευρά, το 2015 η κατά κεφαλήν δαπάνη ήταν σημαντικά μικρότερη του ευρωπαϊκού μέσου όρου, εγείροντας προβληματισμούς σχετικά με τις δραστικές αλλαγές που δέχθηκε το δημόσιο σύστημα υγείας.

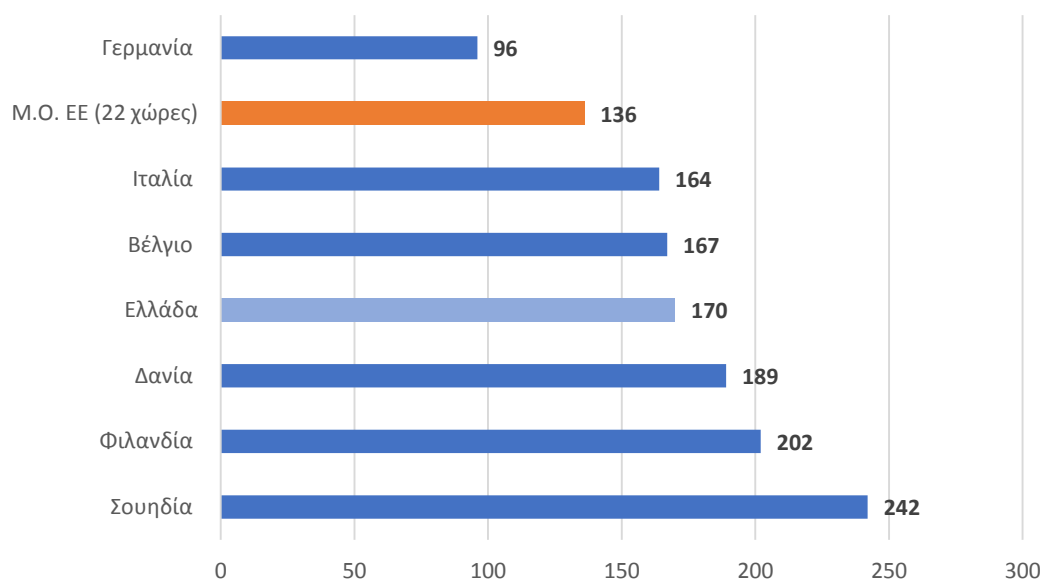


Διάγραμμα 2.10: Δημόσια κατά κεφαλήν δαπάνη, φαρμακευτικά και άλλα υγειονομικά αναλώσιμα, σύγκριση Ελλάδα και ΕΕ (22 χώρες), Πηγή: IOBE (2017); OECD (2017); Eurostat (2018)

Ενδεικτικά, σε ευρωπαϊκές χώρες όπως η Γερμανία, η Ιρλανδία, η Γαλλία, το Βέλγιο και η Αυστρία η δημόσια κατά κεφαλήν φαρμακευτική δαπάνη είναι υψηλή. Αντίθετα, η Ελλάδα βρίσκεται στις πρώτες θέσεις όσον αφορά την ιδιωτική φαρμακευτική δαπάνη, μαζί όμως με τις σκανδιναβικές χώρες όπου σε γενικές γραμμές η οικονομία τους είναι πολύ πιο δυναμική. Τέλος, στην πιο ανεπτυγμένη οικονομία της Ευρώπης, αυτή της Γερμανίας, οι φαρμακευτικές δαπάνες είναι κατά κύριο λόγο δημόσιες, ενώ οι ιδιωτικές κινούνται σε ιδιαίτερα χαμηλά επίπεδα (βλέπε διαγράμματα 2.11 και 2.12).



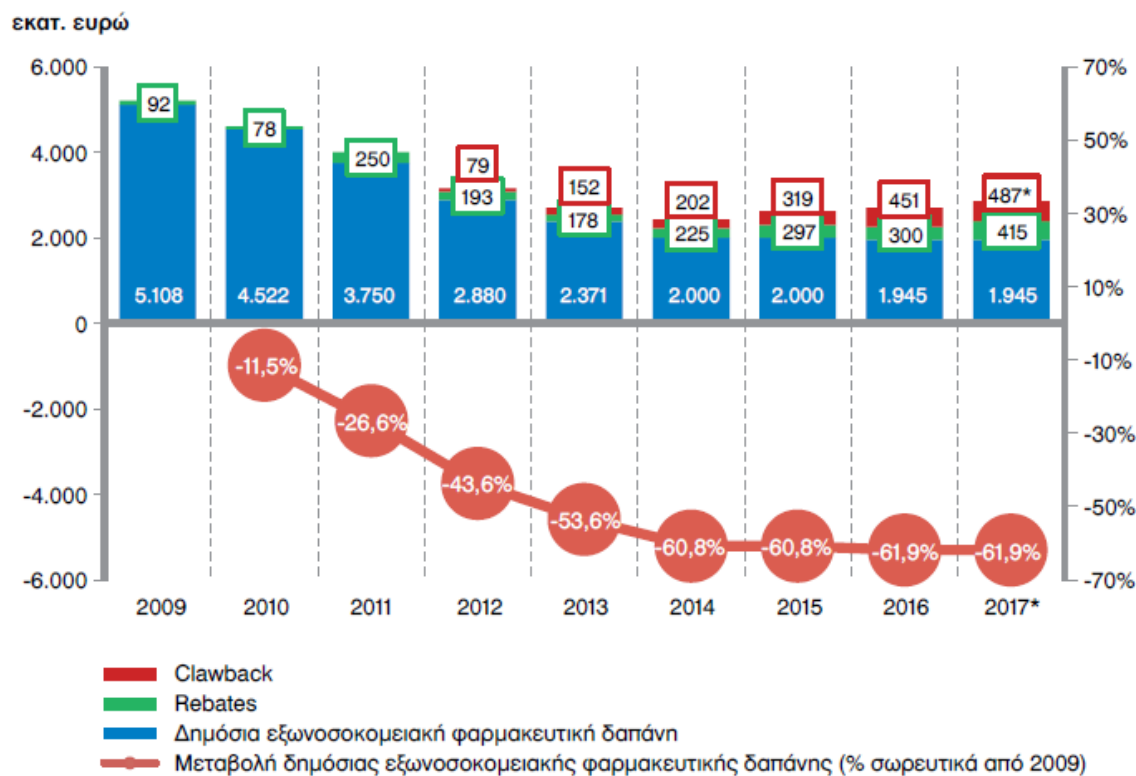
Διάγραμμα 2.11: Δημόσια κατά κεφαλήν φαρμακευτική δαπάνη στις χώρες της ΕΕ, σε € Πηγή: OECD (2017)



Διάγραμμα 2.12: Ιδιωτική κατά κεφαλήν φαρμακευτική δαπάνη στις χώρες της ΕΕ, σε €, Πηγή: OECD (2017)

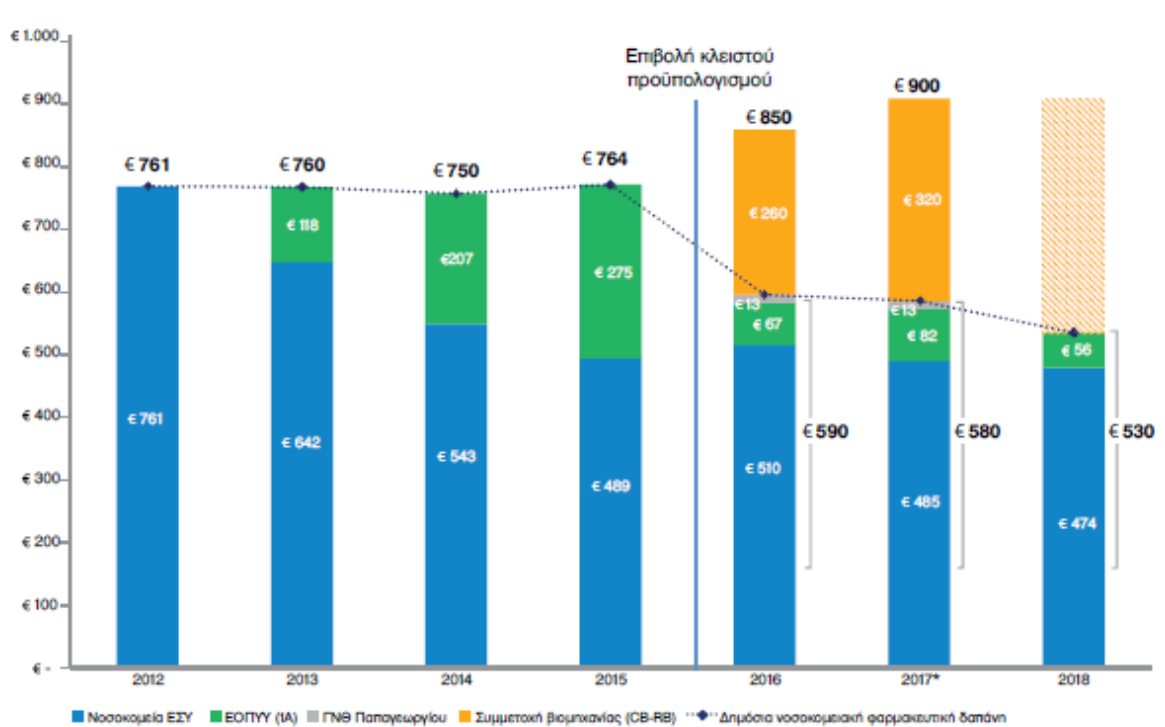
Επιστρέφοντας στην Ελλάδα, και βλέποντας την εξέλιξη των clawback και rebate από το 2009 και μετά, παρατηρείται ότι παρουσιάζουν συνεχή άνοδο. Ειδικότερα, τα ποσά που δαπάνησαν οι φαρμακευτικές εταιρείες για τις πολιτικές του rebate το 2009 ήταν 92 εκ. €, ενώ το 2017 ανήλθαν σε 415 εκ. €. Η αύξησή του μάλιστα ήταν σταδιακή καλύπτοντας -μαζί με το clawback - το κενό που σημειώθηκε στη δημόσια φαρμακευτική δαπάνη. Αντίστοιχη πορεία ακολούθησαν και οι τακτικές του clawback,

οι οποίες το 2017 ανήλθαν σε 487 εκ. €, τη στιγμή που το 2012 ήταν μόνο 79 εκ. € (βλέπε διάγραμμα 2.13).



Διάγραμμα 2.13: Εξωνοσοκομειακή φαρμακευτική δαπάνη (εξαιρούμενης της συμμετοχής ασθενών), εξέλιξη των clawback και rebate Πηγή: Πηγή: IOBE (2017); ΣΦΕΕ (2017)

Από την άλλη πλευρά, πηγαίνοντας στην εξέλιξη της νοσοκομειακής φαρμακευτικής δαπάνης, η επιβολή του κλειστού προϋπολογισμού προκάλεσε πάλι τη μεγαλύτερη συμμετοχή των φαρμακευτικών εταιρειών στην κάλυψη των δαπανών, καλύπτοντας τις ελλειμματικές δαπάνες των νοσοκομείων του ΕΣΥ (διάγραμμα 2.14).



Διάγραμμα 2.14: Εξέλιξη συνολικής νοσοκομειακής φαρμακευτικής δαπάνης, Πηγή: Πηγή: IOBE (2017); ΣΦΕΕ (2017)

Εν κατακλείδι, η ανάλυση της ζήτησης έδειξε πως σταδιακά από το 2012 και μετά μειώθηκε η δημόσια φαρμακευτική δαπάνη στην Ελλάδα, ενώ αυξήθηκε η ιδιωτική – η οποία βρίσκεται στις υψηλότερες θέσεις σε ευρωπαϊκό επίπεδο-, και αυξήθηκε επίσης και η συμμετοχή των φαρμακευτικών εταιρειών στις φαρμακευτικές δαπάνες μέσω των πολιτικών clawback και rebate. Αυτό όμως έχει σαν συνέπεια την πρόκληση προβλημάτων στη λειτουργία των φαρμακευτικών εταιρειών, οι οποίες βίωσαν τη μείωση του κύκλου εργασιών τους, στοιχείο που οδηγεί πιθανώς στη μείωση των θέσεων εργασίας στον συγκεκριμένο κλάδο.

2.8 Η πλευρά της προσφοράς στην αγορά του φαρμάκου στην Ελλάδα

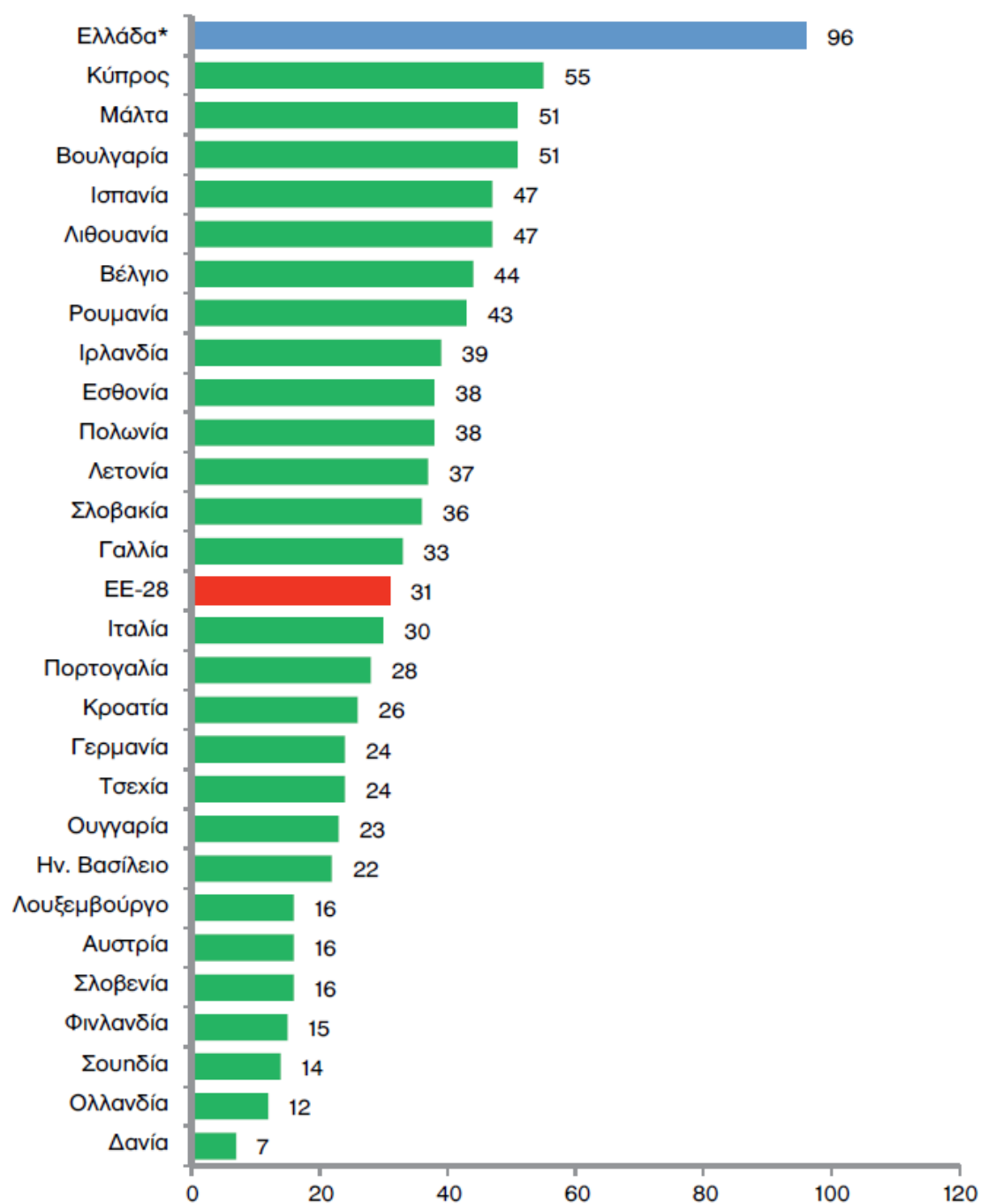
Όσον αφορά τώρα την προσφορά της φαρμακευτικής αγοράς στην Ελλάδα, και όπως φαίνεται στο συνοπτικό και περιεκτικό διάγραμμα 2.5, στη χώρα μας υπάρχουν 106 παραγωγοί και εισαγωγείς φαρμάκων, περίπου 100 φαρμακαποθήκες και περισσότερα

από 10.300 φαρμακεία (διάγραμμα 2.15). Όλα τα παραπάνω, υπογραμμίζουν τη δυναμική του κλάδου και τη σημαντική του συνεισφορά στην απασχόληση.



Διάγραμμα 2.15: Σύντομη εικόνα της προφοράς της φαρμακευτικής αγοράς στην Ελλάδα, Πηγή: IOBE (2017); ΣΦΕΕ (2017)

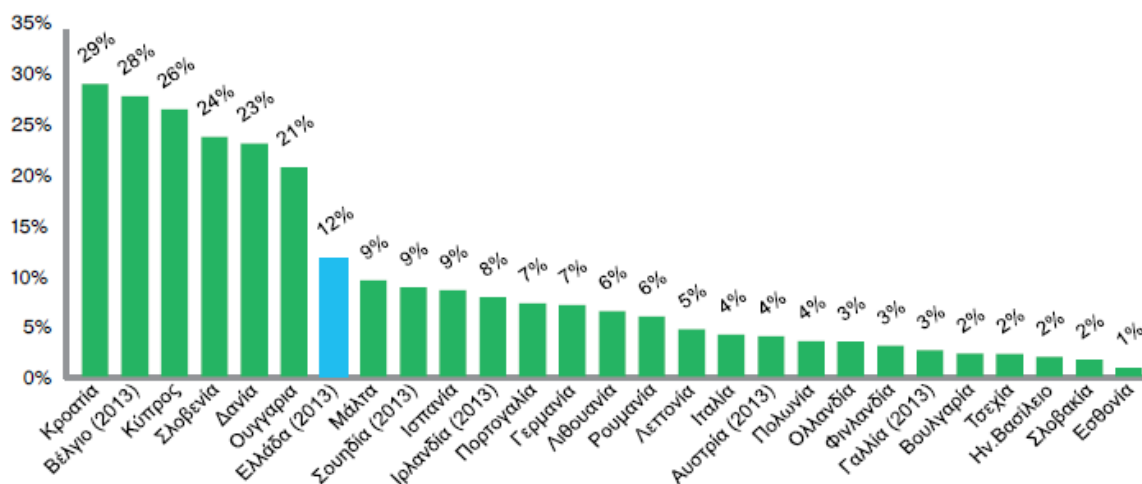
Χαρακτηριστικό είναι επίσης ότι στην Ελλάδα υπάρχει ένας ιδιαίτερα μεγάλος αριθμός φαρμακείων, κάτι που φαίνεται αν συγκριθεί με τις άλλες χώρες της ΕΕ. Πιο συγκεκριμένα, στην Ελλάδα υπάρχουν 96 φαρμακεία ανά 10.000 κατοίκους, την ίδια στιγμή που στην Κύπρο υπάρχουν 55, στην Ισπανία 47, στη Γαλλία 33, στην Ιταλία 30, στη Γερμανία 24, στο Ηνωμένο Βασίλειο 22 και στα σκανδιναβικά κράτη λιγότερα από 15 (διάγραμμα 2.16).



Διάγραμμα 2.16: Αριθμός φαρμακείων ανά 100.00 κατοίκους στην ΕΕ., Πηγή: IOBE (2017); ΕΛΣΤΑΤ (2017)

Εκτός όμως από τη μεγάλη πυκνότητα των φαρμακείων, που μπορεί να θεωρηθεί και αρνητικό στοιχείο, ο ελληνικός φαρμακευτικός κλάδος έχει κάποια ιδιαίτερα χαρακτηριστικά που δείχνουν τη δυναμική του. Πρώτον, οι δαπάνες της φαρμακευτικής βιομηχανίας για Έρευνα και Ανάπτυξη μπορούν να θεωρηθούν ως ικανοποιητικές, σε σχέση με τις άλλες 28 χώρες της ΕΕ. Ειδικότερα, το 2018 έφτασαν

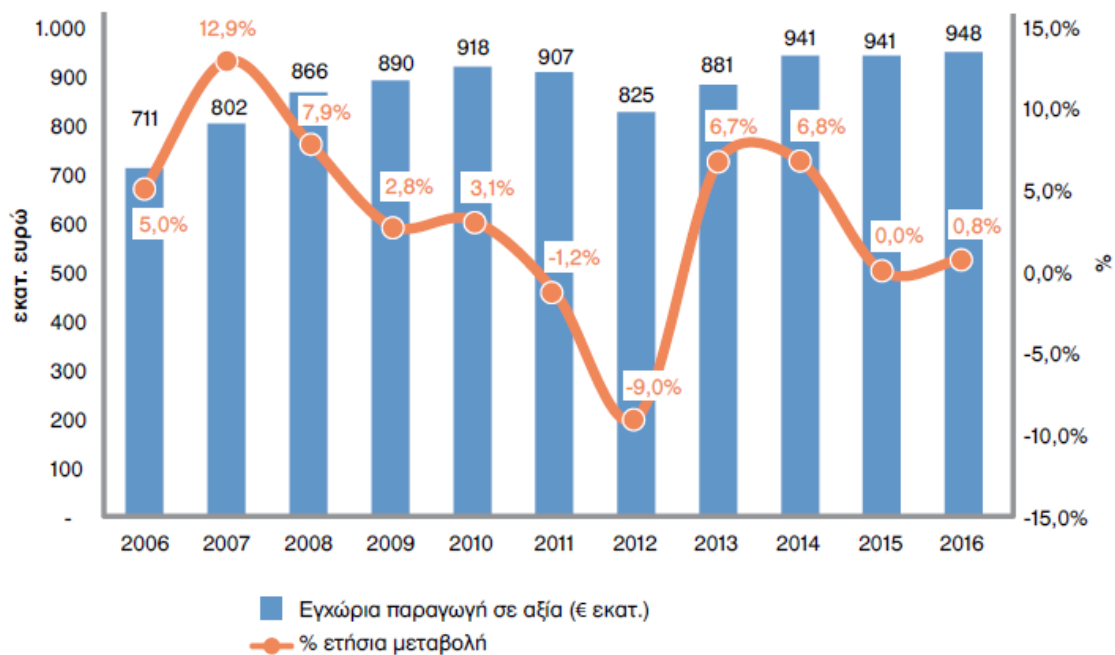
στο 12 % ως μέρος της συνολικής εγχώριας δαπάνης για έρευνα και ανάπτυξη, ξεπερνώντας τα αντίστοιχα ποσοστά ισχυρών οικονομιών, όπως αυτών της Γερμανίας, της Γαλλίας, του Ηνωμένου Βασιλείου, της Φιλανδίας, κτλ. (βλέπε διάγραμμα 2.17).



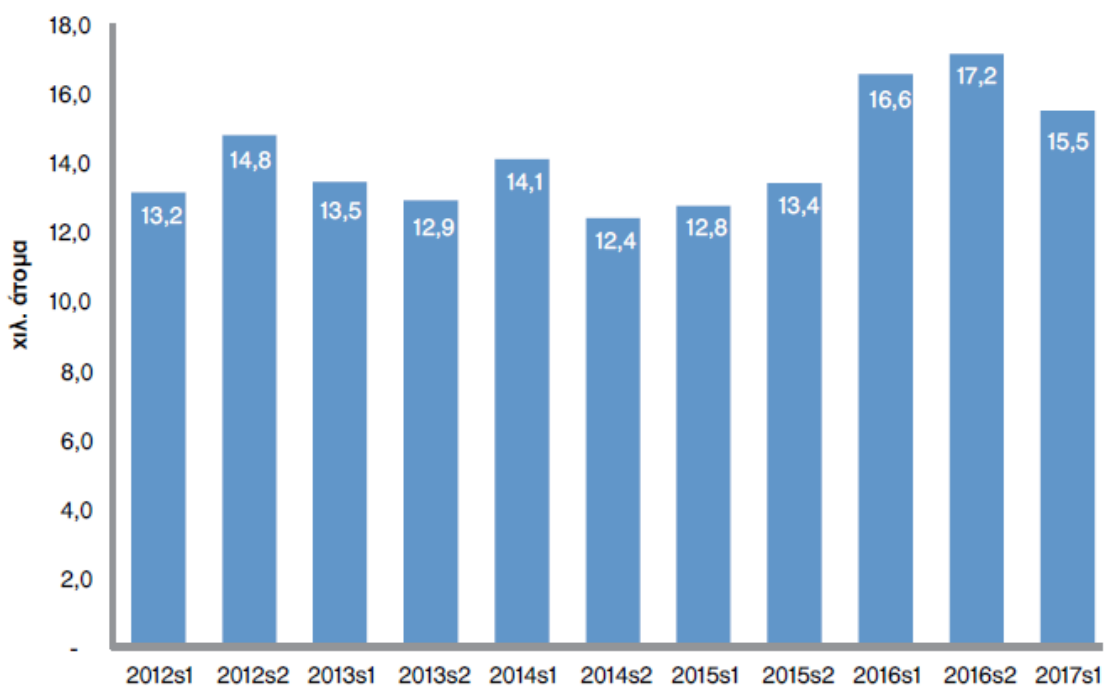
Διάγραμμα 2.17: Δαπάνη φαρμακευτικής βιομηχανίας για Έρευνα και Ανάπτυξη (ως % στη συνολική δαπάνη για E & A), Πηγή: Eurostat (2017)

Επιπρόσθετα, η εγχώρια παραγωγή φαρμάκου, παρόλο την οικονομική κρίση, από το 2013 και μετά παρουσιάζει συνεχή ανοδικές τάσεις, ξεπερνώντας σταθερά τα 900 εκατ. € σε αξία. Αν συνυπολογισθεί ότι η χώρα μας έχει σε γενικές γραμμές προβληματική βιομηχανία, συμπεραίνεται ότι ο φαρμακευτικός κλάδος συμβάλει σημαντικά στο να προσδώσει παραγωγικό χαρακτήρα στην ελληνική οικονομία (διάγραμμα 2.18).

Στο ίδιο μήκος κύματος, η απασχόληση στην εγχώρια παραγωγή φαρμάκων ξεπερνά τις 15.000 θέσεις εργασίας (διάγραμμα 2.19). Το 2017 ο αριθμός των εργαζομένων παρουσίασε μείωση σε σχέση με το 2016. Αν παρατηρηθεί αναλυτικότερα ο συγκεκριμένος δείκτης συμπεραίνεται ότι υπάρχουν διακυμάνσεις στην απασχόληση, η οποία παραμένει όμως σε υψηλά επίπεδα για τη χώρα.

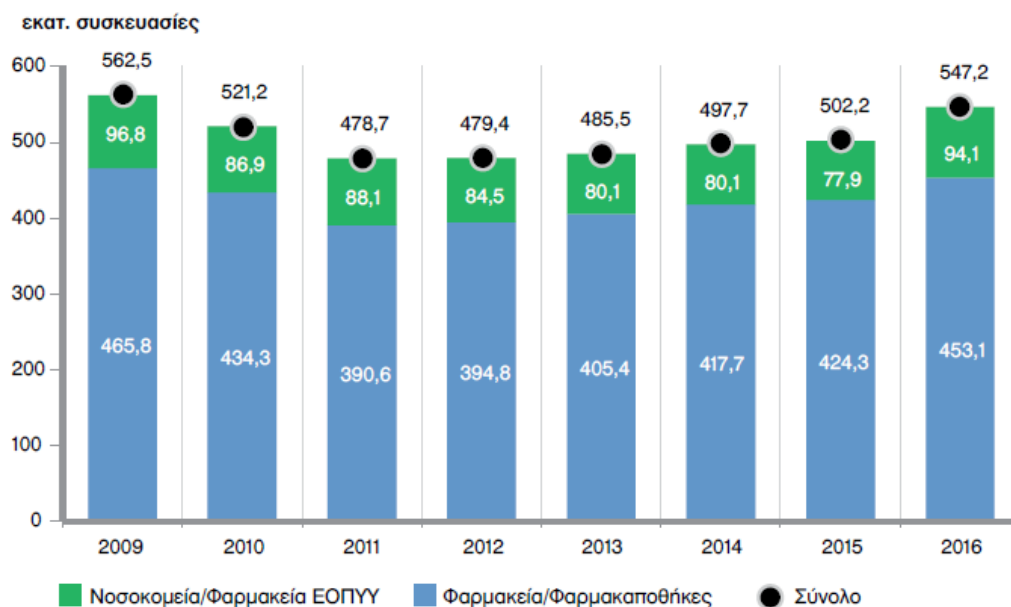


Διάγραμμα 2.18: Η παραγωγή φαρμάκου στην Ελλάδα (σε εκατ. €) Πηγή: Eurostat (2017); IOBE (2017)



Διάγραμμα 2.19: Απασχόληση στην εγχώρια παραγωγή φαρμάκου (σε χιλ. άτομα) Πηγή: ΣΦΕΕ (2017)

Τέλος, αξίζει να σημειωθεί ότι ο μεγαλύτερος όγκος πωλήσεων φαρμάκων στην Ελλάδα αφορά τα φαρμακεία και τις φαρμακαποθήκες -εκεί που εφαρμόζονται κατά κύριο λόγο οι πρακτικές του clawback και του rebate – και λιγότερα τα νοσοκομεία (βλέπε διάγραμμα 2.20).



Διάγραμμα 2.20: Πωλήσεις φαρμάκων σε όγκο (εκατ. συσκευασίες) – Ελλάδα, Πηγή: ΕΟΦ (2017)

Συμπερασματικά, η ανάλυση της προσφοράς ανέδειξε τον κρίσιμο ρόλο της φαρμακευτικής αγοράς στην ενίσχυση της «πολύπαθης» ελληνικής οικονομίας. Τα υψηλά ποσοστά έρευνας και ανάπτυξης, η απασχόληση και ο παραγωγικός προσανατολισμός της, την καθιστούν ως έναν από τους πιο δυναμικούς τομείς. Σε αυτό το πλαίσιο, έχει αυξανόμενο ενδιαφέρον να εξεταστεί πόσο και πώς έχει επηρεάσει η εφαρμογή των clawback και rebate τη λειτουργία της ελληνικής φαρμακευτικής αγοράς (βλέπε επόμενα κεφάλαια).

Κεφάλαιο 3: Ερευνητική μεθοδολογία

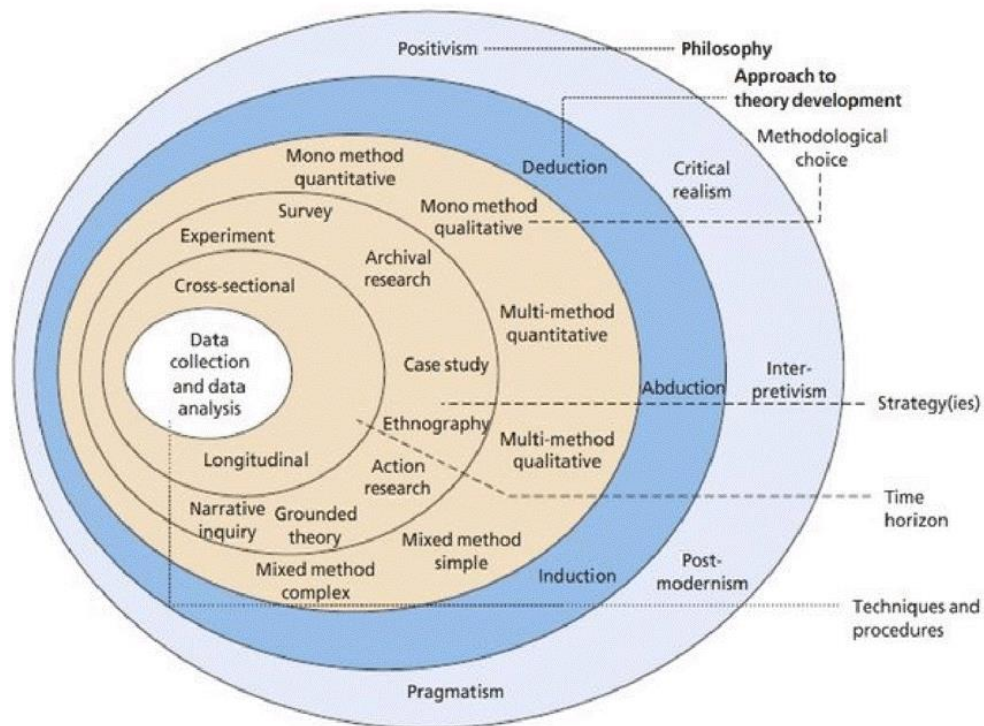
3.1 Εισαγωγή

Στο κεφάλαιο αυτό παρουσιάζεται η ερευνητική μεθοδολογία της μεταπτυχιακής εργασίας. Ειδικότερα, το κεφάλαιο περιέχει εννέα ενότητες στις οποίες παρουσιάζεται: η ερευνητική φιλοσοφία, η ερευνητική μέθοδος, η ερευνητική διαδικασία και ο τύπος δειγματοληψίας, ο σχεδιασμός του ερευνητικού εργαλείου, ο τρόπος ανάλυσης των δεδομένων, οι ερευνητικοί περιορισμοί και τα ζητήματα δεοντολογίας της έρευνας.

3.2 Ερευνητική φιλοσοφία

Συγγραφείς όπως οι Saunders et al (2009; 2016) σε παλαιότερες, αλλά και σε μεταγενέστερες δημοσιεύσεις τους, παραθέτουν ένα από τα πιο ολοκληρωμένα μοντέλα περιγραφής των διαφορετικών ερευνητικών φιλοσοφιών που υπάρχουν στο κομμάτι των διοικητικών και οικονομικών επιστημών. Όπως φαίνεται στο διάγραμμα 3.1, το μοντέλο έχει τη μορφή ενός «κρεμμυδιού» με έξι διαφορετικά επίπεδα. Πιο συγκεκριμένα, το μοντέλο υποδεικνύει ότι η κάθε ερευνητική φιλοσοφία καθορίζει τον τρόπο προσέγγισης της ακαδημαϊκής θεωρίας, την ερευνητική μέθοδο, την ερευνητική στρατηγική, τον χρονικό ορίζοντα της έρευνας, και τις τεχνικές που θα χρησιμοποιηθούν για τη συλλογή των πρωτογενών δεδομένων.

Υπάρχουν τέσσερις διαφορετικές κατηγορίες ερευνητικών φιλοσοφιών, ήτοι: ο θετικισμός, ο ρεαλισμός, ο πραγματισμός, το διερμηνευτικό πλαίσιο και ο μεταμοντερνισμός. Στην παρούσα εργασία χρησιμοποιήθηκε το διερμηνευτικό πλαίσιο, βασικός σκοπός του οποίου είναι η κατανόηση των ζητημάτων που είναι υπό διερεύνηση, και όχι η μέτρηση, όπως συμβαίνει στον θετικισμό. Υιοθετήθηκε λοιπόν η συγκεκριμένη ερευνητική φιλοσοφία γιατί στόχος της ερευνήτριας ήταν να κατανοήσει πώς η χρήση των clawback και rebate επηρεάζει τη λειτουργία της εγχώριας φαρμακευτικής αγοράς.



Διάγραμμα 3.1: Κατηγορίες ερευνητικών φιλοσοφιών, Πηγή: *Saunders et al. (2016, σελ.124)*

3.3 Ερευνητική προσέγγιση (ποσοτική και ποιοτική έρευνα)

Δύο είναι οι βασικές ερευνητικές μέθοδοι που αναφέρονται στη βιβλιογραφία και ειδικότερα η ποσοτική και η ποιοτική έρευνα. Ο θετικισμός παραπέμπει στη χρήση ποσοτικών τεχνικών, ενώ αντίθετα το διερμηνευτικό πλαίσιο στη χρήση ποιοτικών (Robson, 2007). Τα βασικά χαρακτηριστικά αυτών των δυο ερευνητικών μεθόδων συνοψίζονται στον πίνακα 3.1:

Πίνακας 3.1: Σύγκριση Ερευνητικών Προσεγγίσεων	
Ποσοτική Έρευνα	Ποιοτική Έρευνα
Βασίζεται σε έννοιες που προέρχονται από νούμερα και στατιστικές αναλύσεις.	Βασίζεται σε έννοιες που προέρχονται από φράσεις, λέξεις κτλ.

Στόχος της προσέγγισης είναι να εξετάσει σχέσεις μεταξύ μεταβλητών και να μετρήσει τα εξεταζόμενα επιστημονικά προβλήματα.

Γίνεται χρήση δομημένων και τυποποιημένων προσεγγίσεων για τη συλλογή των δεδομένων.

Η ανάλυση των δεδομένων γίνεται με στατιστικές τεχνικές, διαγράμματα, πίτες αναλύσεις ANOVA, Independent T-Tests, ανάλυση παλινδρόμησης, παραγοντική ανάλυση κτλ.

Ο ερευνητής έχει καθορίσει από πριν τις πληροφορίες που θέλει να συλλέξει.

Το μέγεθος του δείγματος είναι μεγάλο και αντιπροσωπευτικό. Επιτρέπει την γενίκευση των αποτελεσμάτων από τον δείγμα στο σύνολο του πληθυσμού.

Οι κύριες ερευνητικές μέθοδοι είναι οι δημοσκοπήσεις (έρευνα με ερωτηματολόγια) και η παρατήρηση.

Στόχος της προσέγγισης είναι να κατανοήσει τα εξεταζόμενα φαινόμενα.

Η ερευνητική διαδικασία είναι ευέλικτη και λιγότερο δομημένη.

Η ανάλυση των δεδομένων δε γίνεται με στατιστικές τεχνικές, αλλά βασίζεται στην ανάλυση εννοιών, φράσεων, προτάσεων κτλ.

Οι απαιτούμενες πληροφορίες μπορεί να προκύψουν και κατά τη διάρκεια της διεξαγωγής της έρευνας.

Το μέγεθος του δείγματος είναι μικρό και λιγότερο αντιπροσωπευτικό.

Οι κύριες ερευνητικές μέθοδοι είναι οι προσωπικές συνεντεύξεις σε βάθος (in depth interviews) και οι ομάδες εστίασης (focus groups).

Πηγή: (Wilson, 2003, σελ.213; Malhotra and Bricks, 2003;2006)

Λαμβάνοντας υπόψη τα ιδιαίτερα χαρακτηριστικά του κάθε τύπου έρευνας, για τις ανάγκες της παρούσας διατριβής χρησιμοποιήθηκε η ποιοτική έρευνα. Οι βασικοί λόγοι που οδήγησαν σε αυτή την απόφαση ήταν οι ακόλουθοι: α) επιτρέπουν τη χρήση μικρών δειγμάτων που συνίσταται όταν το επιστημονικό θέμα της εργασίας είναι εξειδικευμένο, β) η ποιοτική έρευνα δίνει τη δυνατότητα εμβάθυνσης στα υπό εξέταση ζητήματα, και γ) είναι η κατάλληλη μέθοδος για τη διερεύνηση συμπεριφορών και απόψεων πάνω σε ένα συγκεκριμένο θέμα (Cohen et al., 2007; Wrenn et al. 2007).

3.4 Ερευνητική μέθοδος – τρόπος συλλογής των πρωτογενών δεδομένων

Στο πλαίσιο της ποιοτικής έρευνας, τα πρωτογενή δεδομένα μπορούν να συλλεχθούν με δυο βασικές μεθόδους: α) τις προσωπικές συνεντεύξεις και β) τις ομάδες εστίασης. Στην παρούσα διατριβή χρησιμοποιήθηκε η μέθοδος των προσωπικών συνεντεύξεων. Η συγκεκριμένη πρακτική έχει τα εξής πλεονεκτήματα:

- Επιτρέπει την άντληση δεδομένων μέσα από μια διαδικασία όπου ο ερωτώμενος δεν επηρεάζεται από τις απαντήσεις των άλλων συμμετεχόντων, όπως συμβαίνει στις ομάδες εστίασης.
- Προσφέρει τη δυνατότητα για μεγαλύτερη εμβάθυνση στα εξεταζόμενα επιστημονικά προβλήματα.
- Το ερευνητικό τους κόστος είναι σχετικά χαμηλό.
- Είναι πιο εύκολο να πραγματοποιηθεί η ανάλυση των δεδομένων, δεδομένου ότι δε χρειάζεται η κάθε απάντηση να αντιστοιχηθεί με τον συμμετέχοντα που την εξέφρασε. Πρέπει να σημειωθεί ότι κάτι τέτοιο συμβαίνει στις ομάδες εστίασης.

(Malhotra and Bricks, 2003;2006; Saunders et al., 2009)

Στη βιβλιογραφία επίσης αναφέρεται ότι υπάρχουν τρία είδη προσωπικών συνεντεύξεων: 1) οι δομημένες, 2) οι ημι- δομημένες και 3) οι αδόμητες. Στην παρούσα

εργασία χρησιμοποιήθηκε η μέθοδος των ημι-δομημένων συνεντεύξεων που ορίζεται ως:

«...μια ανοικτή κατάσταση που χαρακτηρίζεται από σχετική ελευθερία και ευελιξία. Αν και οι ερευνητικοί σκοποί διαμορφώνουν τις ερωτήσεις που θα διατυπωθούν, το περιεχόμενο, η σειρά και η διατύπωση τους βρίσκονται στα χέρια του ερευνητή».

(Cohen et al.2008, σελ. 458)

Συνεπώς, ναι μεν ο ερευνητής έχει σχεδιάσει εκ των προτέρων ένα οδηγό που θα καθορίσει την ροή της συζήτησης, αλλά οι ερωτώμενοι είναι ελεύθεροι να αναπτύξουν τις ιδέες τους και σε θεματικές ενότητες που δεν έχουν συμπεριληφθεί στον οδηγό.

3.5 Δειγματοληψία και ερευνητική διαδικασία

Οι μέθοδοι δειγματοληψίας διακρίνονται σε δύο ευρείς κατηγορίες: τις δειγματοληψίες που στηρίζονται στις πιθανότητες και τις δειγματοληψίες που δεν στηρίζονται σε πιθανότητες. Όπως αναφέρουν οι Saunders et al (2009) και Aaker (2004), η ειδοποιός διαφορά ανάμεσα στις δύο κατηγορίες είναι ότι στην πρώτη, η επιλογή τους δείγματος βασίζεται κατά κύριο λόγο στην τύχη. Στις ποιοτικές έρευνες χρησιμοποιούνται κατά κύριο λόγο οι μέθοδοι δειγματοληψίας που δεν στηρίζονται στις πιθανότητες. Σε αυτό το πλαίσιο, στην παρούσα έρευνα χρησιμοποιήθηκε η δειγματοληψία κρίσεως, σύμφωνα με την οποία οι συμμετέχοντες επιλέγονται με βάση την κρίση του ερευνητή (Malhotra & Bricks, 2006; Robson, 2007). Πιο συγκεκριμένα, συνεντεύξεις διεξήχθησαν με 4 στελέχη φαρμακευτικών εταιρειών που δραστηριοποιούνται στην ελληνική αγορά. Αυτή η κατηγορία ερωτώμενων θεωρήθηκε ότι είναι η πιο κατάλληλη για να παρέχει πληροφορίες σχετικά με την εφαρμογή του clawback και του rebate, δεδομένου ότι είναι ένα ζήτημα το οποίο καλούνται να αντιμετωπίσουν σε συστηματική βάση.

Οι συνεντεύξεις διεξήχθησαν στα γραφεία των ερωτώμενων. Πιο αναλυτικά, πρώτα η ερευνήτρια εξασφάλισε άδεια για τη διεξαγωγή των συνεντεύξεων. Μετά την

εξασφάλιση της άδειας ήρθε σε επαφή με τα στελέχη των εταιρειών και τους ζήτησε να συμμετάσχουν στην έρευνα, αφού πρώτα τους εξήγησε τη φύση και τον σκοπό της μελέτης. Σε γενικές γραμμές, οι ερωτώμενοι δεν είχαν αντιρρήσεις σχετικά με τη συμμετοχή τους στην έρευνα και κατά συνέπεια η συγγραφέας προχώρησε στο επόμενο βήμα που ήταν η διεξαγωγή τους. Οι συνεντεύξεις κράτησα περίπου 20-25 λεπτά. Κύλησαν ομαλά προσφέροντας χρήσιμες πληροφορίες σχετικά με την εφαρμογή του clawback και rebate στην ελληνική φαρμακευτική αγορά. Μετά από συγκατάθεση των ερωτώμενων, οι συζητήσεις ηχογραφήθηκαν και απομαγνητοφωνήθηκαν με στόχο να γίνει διεξοδικότερα η ανάλυσή τους.

3.6 Οδηγός συνέντευξης

Ο οδηγός συνέντευξης περιείχε πέντε βασικές θεματικές ενότητες. Ειδικότερα, η πρώτη ενότητα εξέτασε πότε εφαρμόστηκαν στην Ελλάδα τα clawback και rebate, και με ποια μέθοδο έγινε ο υπολογισμός και ο καθορισμός του ύψους τους. Η δεύτερη ενότητα διερεύνησε τις απόψεις των φαρμακευτικών στελεχών σχετικά με τα προβλήματα που εντοπίζονται στην ελληνική αγορά στην εφαρμογή των clawback και rebate. Η επόμενη ομάδα ερωτήσεων εστίασε στη σύγκριση της εφαρμογής των clawback και rebate ανάμεσα στην Ελλάδα και στις υπόλοιπες Ευρωπαϊκές χώρες. Η τέταρτη ενότητα εξέτασε πως επηρεάστηκε ο Έλληνας ασθενής από την εφαρμογή των clawback και rebate. Τέλος, η Πέμπτη ενότητα ερωτήσεων κάλεσε τους συμμετέχοντες να παραθέσουν προτάσεις προκειμένου να θεωρηθεί οικονομικά αποδεκτή η επιβολή των clawback και rebate στην ελληνική αγορά.

3.7 Τρόπος ανάλυσης των δεδομένων

Η ανάλυση των δεδομένων έγινε με την τεχνική της θεματικής ανάλυσης. Συγγραφείς όπως οι Braun και Clark (2006), ορίζουν τη θεματική ανάλυση ως

«...μια εύχρηστη μέθοδος εντοπισμού, περιγραφής, αναφοράς και «θεματοποίησης» επαναλαμβανόμενων νοηματικών μοτίβων, δηλαδή «θεμάτων» τα οποία προκύπτουν

από τα ερευνητικά δεδομένα, και αποτελεί βασικό εργαλείο για όλους τους ερευνητές που ασχολούνται με την ποιοτική έρευνα»

(Braun και Clark, 2006, αναφερόμενοι από τους Ίσαρη και Πούρκο, 2015)

Η θεματική ανάλυση είναι μιας από τις πιο διαδεδομένες μεθόδους ανάλυσης στο πλαίσιο των ποιοτικών ερευνών. Τα βασικά της πλεονεκτήματα είναι ότι είναι μια εύελκτη μέθοδος που αφήνει την ελευθερία στον ερευνητή να σχεδιάσει τη διαδικασία της ανάλυσης ανάλογα με τα ερευνητικά του ερωτήματα (Braun και Clark, 2006). Τα βασικά της στάδια είναι έξι και ειδικότερα:

1. Εξοικείωση του ερευνητή με τα δεδομένα
2. Κωδικοποίηση των δεδομένων
3. Αναζήτηση και καθορισμός των θεμάτων
4. Επανεξέταση των θεμάτων
5. Ορισμός και ονομασία θεμάτων
6. Συγγραφή ανάλυσης με βάση τα καθορισμένα θέματα/μοτίβα

(Braun και Clark, 2006)

3.8 Ερευνητικοί περιορισμοί

Όπως κάθε έρευνα, έτσι και η παρούσα έχει κάποιους ερευνητικούς περιορισμούς. Πρώτον, το δείγμα της έρευνας ήταν σχετικά μικρό (N=4). Ένα μεγαλύτερο δείγμα πιθανώς να ενίσχυε την εγκυρότητα της έρευνας. Δεύτερον, στην έρευνα συμμετείχαν μόνο στελέχη φαρμακευτικών εταιρειών και όχι ομάδες όπως στελέχη του δημόσιου τομέα που εργάζονται στο κομμάτι της υγείας και ειδικότερα στον χώρο των φαρμακευτικών δαπανών ή/και ασθενείς. Τέλος, μια από τις βασικές αδυναμίες της ποιοτικής έρευνας είναι ότι δεν μπορεί να μετρήσει τη σημαντικότητα των απόψεων των φαρμακευτικών στελεχών (Wilson, 2003; Cohen et al. 2007).

3.9 Ζητήματα Δεοντολογίας

Όσον αφορά τα ζητήματα δεοντολογίας της έρευνας, ακολουθήθηκαν τα βήματα που αναφέρει ο Τάτσης (2004). Ειδικότερα, η ερευνήτρια:

- Έκανε προσπάθεια να διατηρήσει την επιστημονική της αντικειμενικότητα.
- Δεν διεξήγαγε έρευνα σε θέματα που δεν άπτονται στα γνωστικά της αντικείμενα.
- Σεβάστηκε τα δικαιώματα των συμμετεχόντων, ιδιαίτερα σε ότι είχε να κάνει με τον ιδιωτικό τους βίο.
- Ήταν ιδιαίτερα προσεκτική σε ζητήματα που ήταν σχετικά με την τιμή και την αξιοπρέπεια των ερωτηθέντων.
- Έδωσε μεγάλη προσοχή στο να μην προκαλέσει κάποιο ζημιογόνο αποτέλεσμα στα ερευνητικά υποκείμενα εξαιτίας της συνεργασίας ή της συμμετοχής τους στην έρευνα.
- Διαφύλαξε τις πληροφορίες που της εμπιστεύθηκαν οι συμμετέχοντες, εφόσον δεν υπήρχε νομικό ζήτημα και δεν παραβιάζόντουσαν θεμελιακοί ηθικοί κανόνες.
- Απέκλεισε την χρησιμοποίηση της έρευνας για την απόκτηση πληροφοριών που δεν συνδεόταν άμεσα και ουσιαστικά με αυτήν.
- Προσπάθησε να παρουσιάσει τα ερευνητικά αποτελέσματα με τιμιότητα και χωρίς παραποιήσεις.
- Διέκοψε την συνεργασία της σε ερευνητικές εργασίες οι οποίες παραβίαζαν με οποιοδήποτε τρόπο τις άνω αρχές μεθοδολογίας. (Τάτσης, 2004, σελ. 414)

Κεφάλαιο 4: Ανάλυση αποτελεσμάτων

4.1 Εισαγωγή

Στο κεφάλαιο αυτό παρουσιάζεται η ανάλυση των συνεντεύξεων που πραγματοποιήθηκαν με τα στελέχη των φαρμακευτικών εταιρειών. Το κεφάλαιο περιέχει επτά ενότητες στις οποίες περιγράφονται: τα δημογραφικά στοιχεία των συμμετεχόντων, η εφαρμογή των Clawback & Rebate και ο τρόπος υπολογισμού τους, τα προβλήματα του Clawback και του Rebate στην εφαρμογή τους στην Ελληνική αγορά, η εφαρμογή του Clawback και του Rebate σε σχέση με τις άλλες Ευρωπαϊκές χώρες, οι συνέπειες για τον Έλληνα ασθενή από την εφαρμογή των πρακτικών clawback και rebate και προτάσεις για την καλύτερη λειτουργία των πρακτικών clawback και rebate. Στο τέλος του κεφαλαίου παρατίθεται πίνακας που συνοψίζει τα κύρια ευρήματα της ανάλυσης.

4.2 Δημογραφικά στοιχεία συμμετεχόντων

Όπως αναφέρθηκε στο κεφάλαιο της μεθοδολογίας, στην έρευνα συμμετείχαν τέσσερα στελέχη δύο διαφορετικών φαρμακευτικών εταιρειών, που δραστηριοποιούντουσαν στην ελληνική αγορά. Τρεις από τους συμμετέχοντες ήταν άντρες και μια ήταν γυναίκα. Η επαγγελματική ιδιότητα των ερωτηθέντων φαίνεται αναλυτικά στον πίνακα 4.1.

Πίνακας 4.1: Φύλο και επαγγελματική ιδιότητα των συμμετεχόντων

Αριθμός ερωτώμενου	Φύλο	Επαγγελματική ιδιότητα
Ερωτώμενη 1	Γυναίκα	Οικονομική Διευθύντρια στην φαρμακευτική εταιρεία BAYER HELLAS
Ερωτώμενος 2	Άντρας	Στέλεχος του τμήματος οικονομικών της φαρμακευτικής εταιρείας ELPEN . Υπεύθυνος για Clawback & Rebate

Ερωτώμενος 3	Άντρας	Marketing Cardiovasculars, φαρμακευτική ELPEN	manager εταιρεία
Ερωτώμενος 4	Άντρας	Οικονομικός υποδιευθυντής στη BAYER HELLAS	

4.3 Η εφαρμογή των Clawback & Rebate και ο τρόπος υπολογισμού τους

Σε συμφωνία με τα όσα αναφέρθηκαν νωρίτερα στο κεφάλαιο της βιβλιογραφικής επισκόπησης, οι ερωτώμενοι δήλωσαν ότι η εφαρμογή των πρακτικών Clawback & Rebate ξεκίνησε το διάστημα 2010- 2011, ως απόρροια της οικονομικής κρίσης που ξεκίνησε στην Ελλάδα το 2008-2009 και ως μια προσπάθεια μείωσης των δημόσιων δαπανών υγείας. Σε γενικές γραμμές, τα στελέχη που συμμετείχαν στην έρευνα ήταν ιδιαίτερα κατατοπισμένα σχετικά με τον τρόπο υπολογισμού του Clawback και του Rebate, υποδεικνύοντας ότι είναι ένα ζήτημα που αφορά και επηρεάζει ιδιαίτερα τη λειτουργία των φαρμακευτικών εταιρειών. Σχετικά με τον τρόπο υπολογισμού τους, έγιναν οι σχετικές αναφορές στους μαθηματικούς τύπους που χρησιμοποιούνται, στην εξάρτηση από τον προϋπολογισμό του κράτους και ειδικότερα από τις δαπάνες υγείας, στον τζίρο των εταιρειών καθώς και στη χρήση μιας σειράς εξειδικευμένων παραγόντων που καθιστούν τη διαδικασία ιδιαίτερα συνθέτη.

Για παράδειγμα, ο ερωτώμενος 4 είπε:

«Με βάση τον προϋπολογισμό της χώρας και με βάση τα μοντέλα που υπάρχουν στην Ευρώπη καθορίζεται ένας μέσος όρος φαρμακευτικής δαπάνης. Τα εργαλεία που χρησιμοποιεί κάθε χώρα είναι διαφορετικά. Αυτό που ισχύει είναι ότι περίπου το 1% plus του ΑΕΠ, και ανάλογα με τα δημογραφικά χαρακτηριστικά μιας χώρας αλλά και ανάλογα με την χωροδιάταξη της γεωγραφικά προκύπτουν τα ποσοστά. Μιλάμε επομένως για το 1% του ΑΕΠ σε φαρμακευτική δαπάνη στις χώρες της Ευρώπης που έχουν ένα καλό επίπεδο υγείας και παροχών. Στην Ελλάδα για το 2019 έχει οριστεί το 1.945.000.000 ευρώ ως κλειστός προϋπολογισμός που αντιστοιχεί στο 1,1% του ΑΕΠ της χώρας. Αυτός

είναι ο προϋπολογισμός που αφορά την φαρμακευτική δαπάνη[...]. Το ύψος του ποσοστού για το clawback καθορίζεται από τον τζίρο, από την ποσότητα από πολλές παραμέτρους. Για παράδειγμα αν μία εταιρεία έχει τζίρο 1.000.000 ευρώ ο συντελεστής είναι 5%, αν είναι 2.000.000 είναι 7% κ.ο.κ

Ενώ για την υπολογισμό του μαθηματικού τύπου συμπλήρωσε:

«Το πολυώνυμο που χρησιμοποιείται στηρίζεται σε δύο βασικές παραμέτρους, τον τζίρο και τον όγκο των πωλήσεων. Όσο μεγαλύτερο τζίρο έχεις επιβαρύνεσαι με μεγαλύτερο ποσοστό. Όσο ακριβότερο είναι το φάρμακο τόσο περισσότερο επιβαρύνεται το ποσοστό».

(ερωτώμενος 4)

Αξίζει να σημειωθεί η εμπειριστατωμένη παρατήρηση ενός συμμετέχοντα που έκανε ιδιαίτερη αναφορά στον «αδιαφανή και αναξιόπιστο» τρόπο υπολογισμού του Clawback και του Rebate. Η αναξιοπιστία αυτή επηρεάζει σημαντικά τον τρόπο λειτουργίας και την κερδοφορία των φαρμακευτικών εταιρειών αλλά και τη συνολική σταθερότητα της αγοράς:

«Ο τρόπος υπολογισμού έχει αλλάξει πολλές φορές και δεν είναι διαφανής αλλά και ούτε συζητήσιμος. Μας δίδεται σε ένα χαρτί το οποίο αναφέρει το ποσό που η εταιρεία, Bayer εν προκειμένω, θα πρέπει να πληρώσει. Ωστόσο και αυτό δεν είναι οριστικό. Μετά από πέντε ημέρες μπορεί να σου έρθει καινούργιο χαρτί που να σου αναφέρεται ότι αυτό είναι το budget αυτή είναι η υπέρβαση με άλλα διαφορετικά ποσά από το αρχικό χαρτί, οπότε αντιλαμβανόμαστε ότι τα στοιχεία δεν είναι αξιόπιστα. Βεβαίως υπάρχει το πολυώνυμο στο οποίο μπαίνουν τα στοιχεία για να προκύψουν τα ποσά. Όταν όμως αυτά τα στοιχεία είναι αδιαφανή, οι αριθμοί αλλάζουν μέσα σε λίγες ημέρες, καταλαβαίνουμε ότι δεν μπορούμε να προϋπολογίσουμε εμείς ως εταιρεία ποιο θα μπορούσε να είναι το ύψος της υπέρβασης. Τα στοιχεία αντλούνται από το υπουργείο μέσα από το σύστημα ηλεκτρονικής συνταγογράφησης του ΕΟΠΥΥ και από τα νοσοκομεία. Οι εταιρείες δεν έχουν πρόσβαση η μία στα ποσά της άλλης διότι υπάρχουν στοιχεία με μερίδια αγοράς για παράδειγμα, που δεν είναι ανακοινώσιμα...»

(ερωτώμενος 1)

4.4 Προβλήματα του Clawback και του Rebate στην εφαρμογή τους στην Ελληνική αγορά

Σε γενικές γραμμές, οι συμμετέχοντες ανέφεραν αρκετά προβλήματα στην εφαρμογή των Clawback και Rebate στην Ελληνική φαρμακευτική αγορά. Τα πιο σημαντικά από αυτά είναι: α) αδυναμία ελέγχου της συνταγογράφησης από τους δημόσιους φορείς υγείας, β) σημαντικές ελλείψεις στο νομοθετικό πλαίσιο το οποίο αδυνατεί να διασφαλίσει την ομαλή λειτουργία της αγοράς, γ) ο κρατικός μηχανισμός κινείται ιδιαίτερα αργά δημιουργώντας μεγάλες καθυστερήσεις στην απόδοση των χρημάτων, καθώς και προβλήματα ρευστότητας στις φαρμακευτικές εταιρείες, δ) πολύ υψηλά ποσοστά Clawback και Rebate που δημιουργούν επίσης προβλήματα ρευστότητας, ε) έλλειψη μέτρων και πολιτικών που θα περιορίσουν την υπέρσυνταγογράφιση, στ) αύξηση της φαρμακευτικής δαπάνης, λόγω του μεγάλου αριθμού ανασφάλιστων και του προσφυγικού προβλήματος.

Συνθέτοντας όλα τα παραπάνω, παρατηρείται ότι από την πλευρά των φαρμακευτικών εταιρειών, η εφαρμογή των Clawback και Rebate παρουσιάζει ένα μεγάλο φάσμα προβλημάτων και δυσκολιών. Καταρχάς, η αδυναμία ελέγχου της συνταγογράφησης προκαλεί αύξηση της φαρμακευτικής δαπάνης, την οποία, μέσω των Clawback και Rebate, τελικώς την επωμίζονται οι φαρμακευτικές εταιρείες:

«Πρώτο από τα θέματα που μας απασχολούν ,είναι το γεγονός του μη ελέγχου της συνταγογράφησης από το υπουργείο. The sky is the limit. Για την φετινή χρονιά του 2019 ο κλειστός προϋπολογισμός έχει καθοριστεί στο 1.945.000.000. Αν δεν ελέγξεις τη συνταγογράφιση, αν δεν βάλεις κάποια όρια, όλοι συνταγογραφούν πολύ εύκολα. Οποιοσδήποτε από εμάς μπορεί να πάει σε γιατρό και να ζητήσει να του συνταγογραφήσει δέκα φάρμακα. Δεν έχει μπει κάποιο όριο από το υπουργείο. Έγινε μια προσπάθεια να περιοριστεί η υπερβολική συνταγογράφιση με την θέσπιση του πλαφόν ανά γιατρό ανά ειδικότητα. Στην πραγματικότητα όμως δεν ίσχυσε ουσιαστικά» (ερωτώμενος 1)

Δεύτερον, το νομοθετικό πλαίσιο που καθορίζει το πώς θα εφαρμόζονται τα Clawback και Rebate είναι ασταθές και δεν επιτρέπει στις εταιρείες να κάνουν προβλέψεις και εκτιμήσεις σχετικά με την πορεία της οικονομικής τους απόδοσης. Αυτό δημιουργεί αστάθεια και αβεβαιότητα στην αγορά. Χαρακτηριστική είναι η παρακάτω δήλωση:

«...το δεύτερο μεγάλο πρόβλημα είναι η έλλειψη νομοθέτησης και σταθερής πολιτικής. Δεν γνωρίζεις που μπορεί να φτάσει το ποσοστό που θα πρέπει να επιστρέψεις ,δεν γνωρίζεις τη χρονική στιγμή που θα προκύψει, γενικά είναι δύσκολη η πρόβλεψη και αυτό βεβαίως μας οδηγεί σε συγκράτηση της επιχειρησιακής ανάπτυξης» (ερωτώμενος 1).

Επίσης, οι δημόσιοι φορείς κινούνται με μεγάλη βραδύτητα, δημιουργώντας εν τέλει προβλήματα ρευστότητας στις φαρμακευτικές επιχειρήσεις. Ειδικότερα, έγιναν αναφορές από τους συμμετέχοντες ότι για να αποδώσουν οι εταιρείες τα χρήματα στο κράτος, που προέρχονται από τα Clawback και Rebate, μπορεί να περάσει και ένα χρονικό διάστημα 10 μηνών. Αυτό δημιουργεί μεγάλες δυσκολίες, δεδομένου ότι δεν επιτρέπει στις επιχειρήσεις του κλάδου να κάνουν αποτελεσματικό προγραμματισμό διαχείρισης των οικονομικών τους:

«...το επόμενο πρόβλημα είναι ότι φτάσαμε Σεπτέμβριο 2018 και δεν έχουν σταλεί τα ποσά του 2017 ακόμη. Αυτό δημιουργεί πρόβλημα στις εταιρείες με την δήλωση εισοδήματος, με τα φορολογικά πιστοποιητικά, κλπ. Δεν είναι δυνατόν να περνούν δέκα μήνες και να μην μπορούν να βγάλουν ποια είναι η υπέρβαση. Είναι αδύνατο με αυτή την ολιγοπώρια να μπορούμε να βγάλουμε πλάνο. Δεν υπάρχει ακόμη καμία αξιόπιστη πηγή και αυτό δημιουργεί πρόβλημα αξιοπιστίας ,αδιαφάνειας και ελέγχου. Έχω συναδέλφους σε εταιρείες που τους ήρθε το νοσοκομειακό clawback και rebate ,χωρίς να έχουν καθόλου προϊόν στο νοσοκομείο! Και δεν υπάρχει διαδικασία ένστασης. Δεν υπάρχει κάπου να απευθυνθείς. Περιμένουμε με χαρά να πάρουμε τον λογαριασμό για να μπορούμε να κάνουμε ως εταιρείες τα πλάνα μας, τις προβλέψεις...» (ερωτώμενος 1).

Επιπρόσθετα, το πρόβλημα των υψηλών ποσοστών Clawback και Rebate αποτυπώνεται επιτυχώς στην παρακάτω δήλωση:

«Το 2009 το rebate ήταν περίπου στο 4% τώρα έχει φτάσει από 14% έως 50%. Έχουμε φάρμακα λοιπόν που έχουν rebate clawback της τάξης 35% και παράλληλα η τιμή τους έχει κατακυλήσει και συνεχίζει .Ένα πρόσφατο παράδειγμα, είναι με δύο φάρμακα της εταιρείας LILY τα οποία διατίθενται από τα φαρμακεία του ΕΟΠΥΥ και επειδή ο προϋπολογισμός των φαρμακείων ΕΟΠΥΥ είναι περίπου 50.000.000 ευρώ πληρώνει clawback 65%. Βεβαίως η εταιρεία διαμαρτυρήθηκε [...] Εμείς που έχουμε off patent φάρμακα έχουμε τεράστιο πρόβλημα στην τιμή και ως επακόλουθο και στα rebate/clawback. Ενώ στο εξωτερικό όταν χαθεί η πατέντα η τιμή του πρωτοτύπου που μειώνεται φτάνει να έχει την ίδια τιμή με το αντίγραφο, στην Ελλάδα το αντίγραφο

παίρνει το 65% της τιμής του πρωτοτύπου και επιπλέον ένα ποσοστό από τις τρεις χαμηλότερες τιμές σε άλλες χώρες. Αν προσθέσουμε και το clawback που θα πρέπει να αποδοθεί καθίσταται εντελώς ασύμφορο. Για παράδειγμα το Amoxil δεν υπάρχει πια στη αγορά» (ερωτώμενος 2).

Τέλος, εξωγενείς οικονομικοί και κοινωνικοί παράγοντες όπως ο μεγάλος αριθμός ανασφάλιστων πολιτών λόγω της κρίσης, ή η αύξηση των προσφυγικών ροών προκάλεσαν αύξηση και της φαρμακευτικής δαπάνης – δεδομένου ότι καλύφθηκαν οι φαρμακευτικές ανάγκες αυτών των κατηγοριών από το δημόσιο σύστημα υγείας – το μεγαλύτερο μέρος της οποίας την επωμίστηκαν οι φαρμακευτικές εταιρείες:

«Το γεγονός της πίεσης προς τα πάνω των rebate /clawback , είναι η αποζημίωση από τον ασφαλιστικό φορέα ΕΟΠΥΥ μεγάλου αριθμού ανασφάλιστων πολιτών ,δεδομένου του μεγάλου ποσοστού ανέργων στην Ελλάδα. Έχουμε υπολογίσει ότι η δαπάνη για τους ανασφάλιστους ξεπερνά τα 200.000.000 ευρώ (ερωτώμενος 4).

Και στη συνέχεια συμπλήρωσε:

«...την εκτόξευση της φαρμακευτικής δαπάνης επίσης ενίσχυσε η εισροή μεγάλου αριθμού προσφύγων που δεν θα ήταν δυνατό να προβλεφθεί. Το 2017 η φαρμακευτική δαπάνη ανήλθε στα 3.000.000.000 ευρώ ,το κράτος συμμετείχε με το 1.900.000.000 ευρώ ,επομένως το 1.100.000.000. θα το πληρώσουμε εμείς οι εταιρείες» (ερωτώμενος 4).

4.5 Η εφαρμογή του Clawback και του Rebate σε σχέση με τις άλλες Ευρωπαϊκές χώρες

Σε συμφωνία με τα όσα αναφέρθηκαν στο δεύτερο κεφάλαιο, η βασική επισήμανση σχεδόν όλων των ερωτώμενων ήταν ότι τα ποσοστά του Clawback και του Rebate στη χώρας μας είναι σημαντικά υψηλότερα σε σχέση με τα αντίστοιχα των άλλων ευρωπαϊκών χωρών. Μάλιστα, έγιναν αναφορές στο γεγονός ότι στις πιο προηγμένες οικονομίες της Βόρειας Ευρώπης υπάρχει ανώτατο όριο στο ποσοστό του Clawback και του Rebate:

«Καταρχάς ,το ύψος των Clawback rebate είναι εντελώς διαφορετικό. Στην Ελλάδα έχουμε μακράν τα υψηλότερα και από ότι φαίνεται δεν λαμβάνονται μέτρα για να

μειωθούν. Στην Γερμανία είναι περίπου στο 13% ενώ εδώ φτάνουν το 50%» (ερωτώμενος 2).

Και σε κλίμα συμφωνίας, ο ερωτώμενος 1 συνέδεσε το υψηλό ποσοστό των Clawback και Rebate με το ελλιπές νομοθετικό πλαίσιο και την κακή τελικώς εφαρμογή τους, στοιχείο που αποτελεί το βασικό παράγοντα αβεβαιότητας στην αγορά:

«...μακράν μεγαλύτερο στην Ελλάδα και συνεχώς αυξανόμενο. Για τα λεγόμενα καινοτόμα φάρμακα υπάρχει και το 25%. Το πρόβλημα δεν είναι το ύψος του ποσοστού αλλά το σημαντικότερο η νομοθέτηση. Βγαίνει μια ανακοίνωση ότι άλλαξε το εδάφιο του τάδε νόμου. Συνεχώς αλλαγές που τρέχουμε πρωτίστως να βρούμε, να κατανοήσουμε και μετά από λίγο, όταν δεν βγαίνουν τα νούμερα νέες αλλαγές. Όλες οι πολυεθνικές εταιρείες που δραστηριοποιούμαστε στην Ελλάδα διαμαρτυρόμαστε για την αβεβαιότητα. Αν, από την αρχή ως εταιρεία γνώριζες ότι τον επόμενο χρόνο θα έχεις ένα 30%,θα μπορούσες να προσαρμόσεις τα πλάνα σου, να προβλέψεις πόσο προσωπικό θα χρειαστείς κλπ. Η αβεβαιότητα δεν δημιουργεί συνθήκες επιχειρησιακές [...] Στις υπόλοιπες Ευρωπαϊκές χώρες υπάρχει συγκεκριμένο νομοθετικό πλαίσιο, απόλυτη διαφάνεια, συγκεκριμένος χρόνος έκδοσης των οφειλών και επομένως επιχειρησιακά μπορούν οι εταιρείες να προβλέπουν, να κάνουν τα πλάνα τους. Επίσης πολύ σημαντικό είναι ότι υπάρχει ανώτερο όριο. Δηλαδή το clawback μπορεί να φτάσει το 15%,ενώ εδώ δεν υπάρχει ανώτερο όριο!»

Δυο ακόμα βασικές διαφορές ανάμεσα στη λειτουργία των Clawback και Rebate στην Ελλάδα σε σχέση με τις άλλες ευρωπαϊκές χώρες είναι η επιβολή χρήσης γενόσημων φαρμάκων και τα θεραπευτικά πρωτόκολλα. Η χρήση των γενόσημων μειώνει στο σύνολο τη φαρμακευτική δαπάνη -δεδομένου ότι αυτά τα φάρμακα είναι πιο φθηνά- και κατ' επέκταση μειώνει και τα ποσοστά των Clawback και Rebate. Ακόμα, στις άλλες ευρωπαϊκές χώρες γίνονται συστηματικότερες προσπάθειες για τη μείωση της συνταγογράφησης, στοιχείο που επίσης λειτουργεί θετικά ως προς τη μείωση των ποσοστών των Clawback και Rebate. Εν συντομία, από τις συζητήσεις με τα στελέχη των φαρμακευτικών εταιρειών αναδύθηκε το συμπέρασμα ότι η αγορά στις άλλες Ευρωπαϊκές χώρες είναι πιο ώριμη με αποτέλεσμα να χρησιμοποιεί αποτελεσματικότερα αυτά τα δυο εργαλεία για τον εξορθολογισμό των φαρμακευτικών δαπανών, χωρίς όμως να επηρεάζει σε πολύ μεγάλο βαθμό τη λειτουργία των εταιρειών του κλάδου. Ενδεικτικά, ο ερωτώμενος 3 είπε:

«Υπάρχουν διαφορές στον υπολογισμό καθώς και στο ύψος του ποσοστού, ωστόσο το σημαντικό είναι άλλο. Έχουν δοθεί κίνητρα μειώσεις συνταγογράφησης, έχει νομοθετηθεί η χρήση γενοσήμων, εφαρμόζονται θεραπευτικά πρωτόκολλα κοκ. Τα clawback/rebate έχουν εφαρμοστεί αρκετά χρόνια νωρίτερα στις περισσότερες χώρες του εξωτερικού, με συγκεκριμένους παράγοντες, συγκεκριμένα στοιχεία που δεν αλλάζουν συνεχώς όπως εδώ».

Και σε κλίμα συμφωνίας, ο ερωτώμενος 4 είπε:

«Στην Ελλάδα έχει επιλεγεί η χρήση των clawback rebate προκειμένου να εξασφαλιστεί ότι το κράτος θα δαπανά για τα φάρμακα συγκεκριμένα ποσά. Στην Ευρώπη έχουν επιλεγεί και άλλες μέθοδοι. Υπάρχουν χώρες όπου γίνονται απευθείας διαπραγματεύσεις με τις εταιρείες. Σε άλλες μπορεί να πληρώνουν υπερβάσεις οι εταιρείες ανάλογα με την θεραπευτική κατηγορία κάθε φαρμάκου»

Τέλος, ο ερωτώμενος 4 εστίασε στο γεγονός ότι στην Ελλάδα τα clawback και rebate υπολογίζονται με βάση τον τζίρο των εταιρειών. Αυτό λειτουργεί εις βάρος των νέων φαρμάκων, τα οποία είναι και πιο ακριβά, αλλά και των πολυεθνικών εταιρειών που δραστηριοποιούνται στη χώρα μας:

«Το γεγονός ότι στην Ελλάδα κατά τον υπολογισμό του clawback λαμβάνεται ο τζίρος ως παράμετρος, είναι εις βάρος των πολυεθνικών εταιρειών και όχι την Ελληνικών. Εκτός του τζίρου, τα ακριβά καινούργια φάρμακα που πιέζουν προς τα πάνω τα clawback ανήκουν σε πολυεθνικές εφόσον εκείνες έχουν και την δυνατότητα έρευνας και μελέτης νέων σκευασμάτων[...] Το 2017 αποφασίστηκε από την κυβέρνηση και χωρίστηκε το clawback σε 90% με βάση τον τζίρο και 10% με βάση την ανάπτυξη. Έτσι τα νέα φάρμακα απέκτησαν ακόμη μεγαλύτερη επιβάρυνση.

4.6 Συνέπειες για τον Έλληνα ασθενή από την εφαρμογή των πρακτικών clawback και rebate

Όλοι οι συμμετέχοντες συμφώνησαν ότι η εφαρμογή των clawback και rebate είχαν αρνητικές επιπτώσεις για τους Έλληνες ασθενείς που χρειάζονται φάρμακα. Διαφωνίες όμως παρουσιάστηκαν όσον αφορά την έκταση του αρνητικού αντικτύπου. Τρία από

τα τέσσερα στελέχη υποστήριξαν ότι το κύριο βάρος που επωμίστηκαν οι καταναλωτές έχει να κάνει με την πληρωμή υψηλότερου αντιτίμου για την αγορά των φαρμάκων. Όμως, ήταν κάθετοι στο ότι συνολικά, η υγεία των Ελλήνων δεν επιβαρύνθηκε από την εφαρμογή αυτών των δύο πρακτικών. Επίσης, δεν παρουσιάστηκαν ελλείψεις φαρμάκων στην αγορά, παρά μόνο δεν κυκλοφόρησαν καινούρια και καινοτόμα σκευάσματα, στοιχείο που έχει όμως ιδιαίτερη βαρύτητα. Για παράδειγμα, ο ερωτώμενος 4 είπε:

«Τα μέτρα που αφορούν την εφαρμογή των clawback / rebate ,χωρίς να έχω στοιχεία ,η γνώμη μου είναι ότι δεν επηρέασαν την υγεία των Ελλήνων ασθενών. Δεν αποσύρθηκαν φάρμακα παρότι θα ομολογήσω πως η κερδοφορία κάποιων από αυτών είναι αποκαρδιωτική. Ίσως στο μέλλον κάποιες εταιρείες αποφασίσουν ότι είναι ασύμφορο να φέρουν καινοτόμα φάρμακα στην Ελλάδα και τότε πάλι δεν γνωρίζω την επίπτωση στην υγεία»

Και σε κλίμα συμφωνίας, ο ερωτώμενος 2 είπε:

«Ο Έλληνας ασθενής δεν στερήθηκε κάποιο φάρμακο λόγω των clawback / rebate .Από όσο γνωρίζω οι εταιρείες δεν απέσυραν φάρμακα από την Ελληνική αγορά .Αυτό που μπορεί να συμβεί ,είναι να μην επιλέγουν να βγάλουν νέα φάρμακα ,λόγω της ασύμφορης πλέον οικονομικής επιβάρυνσης. Αυτό όμως μένει να το δούμε στο μέλλον ,αν συνεχιστεί αυτή η κατάσταση ,αν περνώντας τα χρόνια κάποια νέα φάρμακα δεν κυκλοφορήσουν στην Ελλάδα[...]. Παράδειγμα τα έτη 2012-2014 δεν μπήκε κανένα νέο φάρμακο στην ελληνική αγορά παρά μόνο ένα για την σκλήρυνση κατά πλάκας. Παρά όλα αυτά επειδή το διάστημα ήταν πολύ μικρό δεν μπορούμε να πούμε ότι επιβαρύνθηκε η υγεία των ασθενών.

Ενώ, ο ερωτώμενος 3 συμπλήρωσε:

«Δεν έχουν αποσυρθεί φάρμακα που θα μπορούσαν να επηρεάσουν την ποιότητα της υγείας των πολιτών. Το μόνο σίγουρο είναι ότι καλούνται να πληρώσουν μεγαλύτερη συμμετοχή στα φάρμακα από ότι πριν το 2009».

Μόνο ένας από τους συμμετέχοντες υποστήριξε ότι οι συνέπειες για τον Έλληνα ασθενή θα είναι εκτός από την καταβολή περισσότερων χρημάτων για την αγορά φαρμάκων, η δυσκολία πρόσβασής του σε βασικά φαρμακευτικά προϊόντα λόγω της απόσυρσης τους από την Ελληνική αγορά. Ενδεικτική είναι η παρακάτω δήλωση:

«Ο Έλληνας ασθενής έχει υποστεί αρκετή πίεση και κυρίως στην out of pocket δαπάνη. Η συμμετοχή του στα φάρμακα που αποζημιώνει ο ΕΟΠΥΥ έχει ανέβει στο 25%. Επιπροσθέτως πολλές φορές έχει παρατηρηθεί, χωρίς να μπορώ με καταγεγραμμένα στοιχεία να το αποδείξω, ότι αρκετοί ασθενείς παραλείπουν δόσεις για να μπορούν να καθυστερούν την συνταγογράφηση και την νέα καταβολή της συμμετοχής τους λόγω οικονομικής δυσχέρειας [...] Ένα ζήτημα που θα αντιμετωπίσει ο Έλληνας ασθενής στο μέλλον, αν δεν θεσπιστούν κανόνες και δεν νομοθετήσουν συγκεκριμένα όρια, διαφάνειας, έλεγχος στην συνταγογράφηση, κτλ., θα είναι η απόσυρση φαρμάκων και επομένως η πρόσβαση του Έλληνα ασθενή σε συγκεκριμένα σκευάσματα».

(ερωτώμενος 1)

4.7 Προτάσεις για την καλύτερη λειτουργία των πρακτικών clawback και rebate

Χαρακτηριστικό είναι ότι τα στελέχη των φαρμακευτικών εταιρειών παρέθεσαν ένα μεγάλο αριθμό προτάσεων για τη βελτίωση της εφαρμογής των πρακτικών clawback και rebate στην Ελληνική αγορά, αναδεικνύοντας έτσι την έντονη συζήτηση που εξελίσσεται στον φαρμακευτικό κλάδο σχετικά με αυτές και τη λειτουργία τους. Καταρχάς, όλοι οι συμμετέχοντες ήταν σύμφωνοι με τις αρχές που προτείνει ο ΣΦΕΕ, που εστιάζουν: α) στον ορισμό ανώτερου ορίου για το clawback, β) στον έλεγχο της συνταγογράφησης και γ) στη ενίσχυση της διαφάνειας της διαδικασίας υπολογισμού των clawback και rebate. Εκτός όμως από αυτές τις τρεις προτάσεις, παρατέθηκαν και άλλες που αφορούσαν: α) την αύξηση χορήγησης γενόσημων φαρμάκων, β) την χορήγηση φαρμάκων στους ανασφάλιστους πολίτες απευθείας από τις φαρμακευτικές εταιρείες, γ) την εξαίρεση των εμβολίων από το υπολογιζόμενα ποσά, και δ) η τιμολόγηση των φαρμάκων να γίνεται ανάλογα με τη θεραπευτική κατηγορία την οποία ανήκουν. Ενδεικτικά ο ερωτώμενος 3 είπε:

«Ας ξεκινήσουμε από την τιμολόγηση των φαρμάκων Μια σημαντική πρόταση θα ήταν να τιμολογούνται ανάλογα με την θεραπευτική κατηγορία τους. Επίσης να αλλάξει το καθεστώς με τις τρεις χαμηλότερες τιμές που οδηγεί σε πολύ χαμηλές τιμές τα γενόσημα. Να επιβληθεί η χρήση γενοσήμων. Είχε οριστεί ένα ποσοστό στους ιατρούς της τάξης του

70% επί της συνταγογραφίας τους να είναι γενόσημα ,αλλά δεν ακολουθήθηκε [...] Όλες οι άλλες προτάσεις είναι αυτές που έχει αναρτήσει ο ΣΦΕΕ στην σελίδα του και μας βρίσκουν σύμφωνους».

Στο ίδιο μήκος κύματος, ο ερωτώμενος 2 δήλωσε:

«Μια πρόταση θα ήταν να μην υπάρχει προϋπολογισμός αλλά πολλοί μικροί προϋπολογισμοί με κριτήρια της πχ ποσοστά ασθενών στον διαβήτη που περίπου είναι στο 5% του πληθυσμού. Μια άλλη πρόταση είναι τα εμβόλια να εξαιρεθούν. Επιπλέον, προτείναμε οι ανασφάλιστοι να μην συνταγογραφούν τα φάρμακα της αλλά να τα προμηθεύονται απευθείας από της εταιρείες. Έτσι δεν θα έπαιρνε το συνολικό κόστος του φαρμάκου αλλά μόνο της παραγωγής».

Τέλος, αξίζει να σημειωθεί ότι ένας από τους συμμετέχοντες κατέθεσε ακόμα πιο εμπειριστατωμένες προτάσεις σχετικά με τη βέλτιστη εφαρμογή των πρακτικών clawback και rebate. Οι βασικοί άξονες των προτάσεων αυτών κινήθηκαν γύρω από τρία ζητήματα. Πρώτον, προτάθηκε η παροχή οικονομικών κινήτρων στους ιατρούς με τη μορφή bonus για να μειώσουν τη συνταγογράφηση. Δεύτερον, να αποζημιώνεται το φάρμακο ανάλογα με την επίδοση και την αποτελεσματικότητά του στο να βελτιώνει την υγεία των ασθενών (pay for performance). Τρίτον, συμπληρωματικά με τη δεύτερη πρόταση, διεξαγωγή εμπειριστατωμένης αξιολόγησης (Health technology assessment) σχετικά με την οικονομική και κλινική αποτελεσματικότητα μιας θεραπείας. Εν κατακλείδι, αυτές οι προτάσεις εστιάζουν στην καλύτερη αξιοποίηση των δημόσιων φαρμακευτικών δαπανών (η οποία θα γίνεται πιο στοχευμένα), που θα έχουν ως συνέπεια και τη μείωση των ποσοστών clawback και rebate:

«...κίνητρο στους ιατρούς, για παράδειγμα ,αν στο τέλος του έτους ο ιατρός που συνταγογραφεί στατίνες ,καταφέρει λόγω της χρήσης γενοσήμων να μειώσει την δαπάνη κατά 25.000 ευρώ ,αυτό το ποσοστό πχ να αποτελεί bonus φορολογητέο γιατί εσύ μου έκανες αυτή την εξοικονόμηση. Αυτό εφαρμόζεται στη Γερμανία. Στην ίδια χώρα επίσης ,ενημερώνουν τον ιατρό έξι μήνες πριν χάσει την πατέντα του ένα φάρμακο. Εκείνος είναι υποχρεωμένος μέσα σε ένα ημερολογιακό χρόνο να έχει μετατρέψει το 70% του συγκεκριμένου φαρμάκου σε γενόσημο [...] Ένα άλλο μέτρο είναι το pay for performance. Δηλαδή ο φορέας αποζημιώνει το φάρμακο όταν κάνει αυτό που λέει στο κουτί. Και εξηγούμε: ο φορέας μαζί με την επιστημονική κοινότητα για παράδειγμα για

ένα ογκολογικό φάρμακο καθορίζουν ότι πρέπει να βελτιώνει αυτές τις τρεις παραμέτρους. Ο φορέας λοιπόν λέει στην εταιρεία που το παράγει εγώ θα σε αποζημιώσω μόνο για τους ασθενείς που θα βελτιώσει αυτές τις τρεις παραμέτρους και όχι για όλους [...] *Health technology assessment* είναι μια διαδικασία που αξιολογεί τόσο την οικονομική όσο και την κλινική αποτελεσματικότητα μιας θεραπείας. Βγαίνει για παράδειγμα ένα νέο αντιδιαβητικό φάρμακο. Τότε ο φορέας λέει δείξε μου ότι το φάρμακο αυτό έχει βελτιωμένη κλινική αποτελεσματικότητα για να σου δώσω εγώ τιμή μεγαλύτερη [...] Και κάτι πολύ πρόσφατο που διάβασα στους *Financial times*, είναι εταιρείες που έχουν την υποδομή σε *software* έχουν πάρει έγκριση από το *FDA* ώστε να παρακολουθούν ασθενείς που λαμβάνουν το φάρμακο τους ,πχ καρκινοπαθείς, τις διατροφικές τους συνήθειες κλπ. έτσι ώστε να δίνουν συγκεκριμένες οδηγίες προκειμένου να έχουν το βέλτιστο αποτέλεσμα».

(Ερωτώμενος 4).

4.8 Σύνοψη Συμπερασμάτων

Ο πίνακας 4.2 συνοψίζει τα βασικά ευρήματα της ανάλυσης των πρωτογενών δεδομένων, ταξινομημένα ανά θεματική ενότητα:

Πίνακας 4.2: Σύνοψη συμπερασμάτων

Θεματική ενότητα	Κύρια ευρήματα
<i>Εφαρμογή και τρόπος υπολογισμού Clawback & Rebate</i>	<p>-Η εφαρμογή των πρακτικών Clawback & Rebate ξεκίνησε το διάστημα 2010- 2011, ως απόρροια της οικονομικής κρίσης που ξεκίνησε στην Ελλάδα το 2008-2009 και ως μια προσπάθεια μείωσης των δημόσιων δαπανών υγείας.</p> <p>-Ο τρόπος υπολογισμού τους είναι σύνθετος και εξαρτάται από πολλούς παράγοντες.</p> <p>-Έγιναν αναφορές σχετικά με την έλλειψη διαφάνειας στον τρόπο υπολογισμού του Clawback και του Rebate. Το γεγονός αυτό επηρεάζει τη σταθερότητα και την κερδοφορία της ελληνικής φαρμακευτικής αγοράς.</p>

<p><i>Προβλήματα στην εφαρμογή των Clawback και Rebate στην Ελληνική αγορά</i></p>	<p>-Αδυναμία ελέγχου της συνταγογράφησης από τους δημόσιους φορείς υγείας.</p> <p>-Σημαντικές ελλείψεις στο νομοθετικό πλαίσιο το οποίο αδυνατεί να διασφαλίσει την ομαλή λειτουργία της αγοράς.</p> <p>-Ο κρατικός μηχανισμός κινείται ιδιαίτερα αργά δημιουργώντας μεγάλες καθυστερήσεις στην απόδοση των χρημάτων, καθώς και προβλήματα ρευστότητας στις φαρμακευτικές εταιρείες.</p> <p>-Πολύ υψηλά ποσοστά Clawback και Rebate που δημιουργούν επίσης προβλήματα ρευστότητας.</p> <p>-Έλλειψη μέτρων και πολιτικών που θα περιορίσουν την υπέρσυνταγογράφηση.</p> <p>-Αύξηση της φαρμακευτικής δαπάνης, λόγω του μεγάλου αριθμού ανασφάλιστων και του προσφυγικού προβλήματος.</p>
<p><i>Σύγκριση με τις άλλες Ευρωπαϊκές χώρες</i></p>	<p>-Τα ποσοστά του Clawback και του Rebate στη χώρα μας είναι σημαντικά υψηλότερα σε σχέση με τα αντίστοιχα των άλλων ευρωπαϊκών χωρών.</p> <p>-Στις πιο προηγμένες ευρωπαϊκές οικονομίες επιβάλλεται σε μεγαλύτερο βαθμό η χρήση γενοσήμων, που συμβάλει στη μείωση τη φαρμακευτικής δαπάνης.</p> <p>-Στις άλλες ευρωπαϊκές χώρες γίνονται συστηματικότερες προσπάθειες για τη μείωση της συνταγογράφησης, στοιχείο που επίσης λειτουργεί θετικά ως προς τη μείωση των ποσοστών των Clawback και Rebate.</p> <p>Η αγορά στις άλλες Ευρωπαϊκές χώρες είναι πιο ώριμη με αποτέλεσμα να χρησιμοποιεί αποτελεσματικότερα αυτά τα δυο εργαλεία για τον εξορθολογισμό των φαρμακευτικών δαπανών.</p>
<p><i>Συνέπειες για τον Έλληνα ασθενή</i></p>	<p>- Η εφαρμογή των clawback και rebate είχαν αρνητικές επιπτώσεις για τους Έλληνες ασθενείς που χρειαζόντουσαν φάρμακα.</p> <p>- Το κύριο βάρος που επωμίστηκαν οι καταναλωτές έχει να κάνει με την πληρωμή υψηλότερου αντιτίμου για την αγορά των φαρμάκων.</p>

		<p>-Δεν παρουσιάστηκαν ελλείψεις φαρμάκων στην αγορά, παρά μόνο δεν κυκλοφόρησαν καινούρια και καινοτόμα σκευάσματα.</p> <p>-Δεν επηρεάστηκε η υγεία των Ελλήνων ασθενών.</p>
<i>Προτάσεις βελτίωσης</i>	<i>για</i>	<p>-Ορισμός ανώτερου ορίου για το clawback.</p> <p>-Αυστηρό έλεγχο της συνταγογράφησης.</p> <p>-Ενίσχυση της διαφάνειας στη διαδικασία υπολογισμού των clawback και rebate.</p> <p>-Αύξηση χορήγησης γενόσημων φαρμάκων.</p> <p>-Χορήγηση φαρμάκων στους ανασφάλιστους πολίτες απευθείας από τις φαρμακευτικές εταιρείες.</p> <p>-Εξαίρεση των εμβολίων από το υπολογιζόμενα ποσά</p> <p>-Τιμολόγηση των φαρμάκων ανάλογα με τη θεραπευτική κατηγορία την οποία ανήκουν.</p> <p>-Παροχή οικονομικών κινήτρων στους ιατρούς με τη μορφή bonus για να μειώσουν τη συνταγογράφηση.</p> <p>-Αποζημίωση του φαρμάκου ανάλογα με την επίδοση και την αποτελεσματικότητά του στο να βελτιώνει την υγεία των ασθενών (pay for performance).</p> <p>-Διεξαγωγή εμπειριστατωμένης αξιολόγησης (Health technology assessment) σχετικά με την οικονομική και κλινική αποτελεσματικότητα μιας θεραπείας.</p>

Κεφάλαιο 5: Συμπεράσματα

5.1 Συμπεράσματα

Σκοπός της παρούσας εργασίας ήταν η εξέταση των παραγόντων που επηρεάζουν την εφαρμογή των μέτρων clawback και το rebate στην ελληνική φαρμακευτική αγορά. Σε σχέση με αυτό το σκοπό, η διατριβή είχε τους παρακάτω στόχους:

- Να διερευνήσει τις απόψεις και τις στάσεις των στελεχών που εργάζονται σε φαρμακευτικές εταιρείες που δραστηριοποιούνται στην ελληνική αγορά σχετικά με την εφαρμογή των μέτρων clawback και rebate.
- Να εξετάσει ποια είναι τα κύρια προβλήματα που προκλήθηκαν στη λειτουργία της ελληνικής φαρμακευτικής αγοράς από την εφαρμογή των μέτρων clawback και rebate.
- Να εξετάσει ποιες ήταν οι συνέπειες για τους Έλληνες ασθενείς από την εφαρμογή των clawback και rebate.
- Να παραθέσει προτάσεις για την καλύτερη λειτουργία των μέτρων clawback και rebate στην ελληνική φαρμακευτική αγορά.

Καταρχάς, το clawback και το rebate ανήκουν στην κατηγορία κρατικών παρεμβάσεων και πολιτικών για τον εξορθολογισμό, τον καλύτερο έλεγχο και τη μείωση των φαρμακευτικών δαπανών. Η οικονομική κρίση που έγινε αισθητή στη χώρα μας μετά το 2008 έκανε επιτακτική την ανάγκη εξορθολογισμού των δημόσιων οικονομικών με στόχο να δημιουργηθούν πλεονάσματα για να μπορεί η χώρα να ανταπεξέρχεται στις δανειακές της υποχρεώσεις. Στο πλαίσιο αυτό, εφαρμόστηκαν πολιτικές περικοπών των δαπανών στους περισσότερους τομείς της δημόσιας ζωής. Ένας από αυτούς ήταν και ο κλάδος της υγείας και ειδικότερα ο φαρμακευτικός κλάδος. Μια από τις πρακτικές που ακολουθήθηκαν στον συγκεκριμένο χώρο ήταν η εφαρμογή του clawback και του rebate.

Από το 2012 και μετά μειώθηκε η δημόσια φαρμακευτική δαπάνη στην Ελλάδα, ενώ αυξήθηκε η ιδιωτική - που βρίσκεται μάλιστα στις υψηλότερες θέσεις σε ευρωπαϊκό επίπεδο-, και αυξήθηκε επίσης και η συμμετοχή των φαρμακευτικών εταιρειών στις φαρμακευτικές δαπάνες μέσω των πολιτικών clawback και rebate. Αυτό όμως έχει σαν

συνέπεια την πρόκληση προβλημάτων στη λειτουργία των φαρμακευτικών εταιρειών, οι οποίες βίωσαν τη μείωση του κύκλου εργασιών τους, στοιχείο που οδηγεί πιθανώς στη μείωση των θέσεων εργασίας στον συγκεκριμένο κλάδο. Το πρόβλημα αυτό αποκτά ακόμα μεγαλύτερες διαστάσεις αν συνυπολογιστεί η σημαντικότητα της φαρμακευτικής αγοράς για την εγχώρια οικονομία. Ενδεικτικά, τα υψηλά ποσοστά έρευνας και ανάπτυξης, η απασχόληση και ο παραγωγικός προσανατολισμός της, την καθιστούν ως έναν από τους πιο δυναμικούς της τομείς.

Φαίνεται λοιπόν ότι το βάρος της κατανομής της φαρμακευτικής δαπάνης ως ένα σημείο μεταφέρθηκε στις φαρμακευτικές εταιρείες, και ο τρόπος για να γίνει αυτό ήταν η εφαρμογή του clawback και του rebate. Εκτός όμως από αυτό, μειώθηκε σημαντικά και η συνολική φαρμακευτική δαπάνη, στοιχείο που προκάλεσε την επιπλέον μείωση των εσόδων των εταιρειών του κλάδου.

Στο ίδιο μήκος κύματος, τα αποτελέσματα της πρωτογενούς έρευνας έδειξαν ότι η εφαρμογή των πρακτικών clawback και rebate στην ελληνική φαρμακευτική αγορά είναι προβληματική. Ειδικότερα, οι βασικοί παράγοντες που εμποδίζουν την αποτελεσματική εφαρμογή τους είναι οι εξής: Πρώτον, το ελληνικό κράτος αδυνατεί να ελέγξει τη συνταγογράφηση με αποτέλεσμα η φαρμακευτική δαπάνη να αυξάνεται και το μεγαλύτερο μέρος αυτής της αύξησης να το επωμίζονται οι φαρμακευτικές εταιρείες. Χαρακτηριστικό είναι ότι υπάρχει και έλλειψη μέτρων και πολιτικών για τον περιορισμό της συνταγογράφησης, υποδεικνύοντας ταυτόχρονα την έλλειψη πολιτικής βούλησης για τον περιορισμό της. Δεύτερον, παρατηρούνται σημαντικές ελλείψεις και αδυναμίες στο υπάρχον νομοθετικό πλαίσιο, το οποίο φαίνεται ότι αδυνατεί να προσαρμοστεί στα νέα δεδομένα που δημιούργησε η οικονομική κρίση και να εξασφαλίσει την ομαλή λειτουργία της αγοράς. Τρίτον, η συνολική αναποτελεσματικότητα του δημοσίου τομέα δημιουργεί μεγάλες καθυστερήσεις στην απόδοση των χρημάτων, και κατ' επέκταση προβλήματα ρευστότητας στις φαρμακευτικές επιχειρήσεις. Τέταρτον, η κρίση -αλλά και οι διεθνείς γεωπολιτικές εξελίξεις- δημιούργησαν νέα κοινωνικά και οικονομικά δεδομένα όπως την μεγάλη αύξηση του αριθμού των ανασφάλιστων πολιτών αλλά και την αύξηση των προσφυγικών ροών. Δεδομένου ότι το δημόσιο σύστημα υγείας καλύπτει τις φαρμακευτικές δαπάνες αυτών των ευπαθών ομάδων πληθυσμού, δημιουργήθηκε

περαιτέρω αύξηση της φαρμακευτικής δαπάνης, την οποία και σε αυτή την περίπτωση την κάλυψαν κατά κύριο λόγο οι φαρμακευτικές εταιρείες μέσω των clawback και rebate.

Η κακή εφαρμογή των πρακτικών clawback και rebate γίνεται ακόμα πιο εμφανής αν συγκριθεί με τις άλλες ευρωπαϊκές χώρες. Χαρακτηριστικό είναι ότι τα ποσοστά του Clawback και του Rebate στη χώρας μας είναι σημαντικά υψηλότερα σε σχέση με τα αντίστοιχα των άλλων ευρωπαϊκών κρατών. Επίσης, στις περισσότερες ευρωπαϊκές χώρες επιβάλλεται σε μεγαλύτερο βαθμό η χρήση γενοσήμων, καθώς και γίνονται συστηματικότερες προσπάθειες για τη μείωση της συνταγογράφησης. Και οι δυο προαναφερθείσες πολιτικές συμβάλλουν αποτελεσματικά στη μείωση της φαρμακευτικής δαπάνης. Φαίνεται λοιπόν ότι οι άλλες χώρες είχαν τη δυνατότητα να προσαρμόσουν τις πρακτικές clawback και rebate αρτιότερα στις ανάγκες των εγχώριων αγορών τους, υποδεικνύοντας ότι βρίσκονται σε μεγαλύτερο βαθμό ωριμότητας σε σχέση με την Ελλάδα.

Όσον αφορά τις συνέπειες για τους Έλληνες ασθενείς, από την εφαρμογή των clawback και rebate, η πιο σημαντική ήταν ότι οι τελευταίοι επωμίστηκαν ένα μεγαλύτερο κόστος για την αγορά των φαρμάκων τους. Είναι η αύξηση της λεγόμενης Out of pocket φαρμακευτική δαπάνης. Από την άλλη πλευρά, θετικό ήταν ότι -και αυτό οφείλεται κατά κύριο λόγο στις φαρμακευτικές εταιρείες- δεν παρουσιάστηκαν ελλείψεις φαρμάκων στην αγορά, παρά μόνο δεν κυκλοφόρησαν ευρέως καινούρια καινοτόμα σκευάσματα. Εξίσου σημαντικό είναι το γεγονός ότι η υγεία των Ελλήνων ασθενών δεν φάνηκε να επηρεάστηκε από τα clawback και rebate.

Τέλος, υπάρχει ένα μεγάλος αριθμός προτάσεων που μπορεί να συμβάλει στην καλύτερη, και τελικώς βιώσιμη, εφαρμογή των clawback και rebate στην ελληνική φαρμακευτική αγορά. Οι προτάσεις προέρχονται και αφορούν σχεδόν όλο το φάσμα της λειτουργίας της αγοράς, αναδεικνύοντας ως ένα βαθμό και την αναγκαιότητα εφαρμογής τους. Οι πιο σημαντικές από αυτές είναι οι εξής: 1) ορισμός ανώτερου ορίου για το clawback, 2) θέσπιση αυστηρότερου ελέγχου σχετικά με τη συνταγογράφηση, 3) περισσότερη διαφάνεια στη διαδικασία υπολογισμού των clawback και rebate, 4) αύξηση του ποσοστού χορήγησης γενόσημων φαρμάκων, 5) χορήγηση φαρμάκων στους ανασφάλιστους πολίτες απευθείας από τις φαρμακευτικές εταιρείες, 6) εξαίρεση των εμβολίων από το υπολογιζόμενα ποσά των clawback και rebate, 7) παροχή

οικονομικών κινήτρων στους ιατρούς με τη μορφή bonus για να μειώσουν τη συνταγογράφηση, 8) αποζημίωση του φαρμάκου ανάλογα με την επίδοση και την αποτελεσματικότητά του στο να βελτιώνει την υγεία των ασθενών (pay for performance) και 9) διεξαγωγή συστηματικής και εμπειριστατωμένης αξιολόγησης (Health technology assessment) σχετικά με την οικονομική και κλινική αποτελεσματικότητα μιας θεραπείας και ενός φαρμάκου.

Εν κατακλείδι, η εφαρμογή των clawback και rebate στη χώρα μας φαίνεται ότι έγινε βεβιασμένα, λόγω των επιτακτικών αναγκών που δημιούργησε η ύφεση, αδυνατώντας να προσαρμοστεί αποτελεσματικά στις ανάγκες και τις ιδιαιτερότητες της ελληνικής φαρμακευτικής αγοράς. Αυτό αντανακλάται στον μεγάλο αριθμό προβλημάτων που προκάλεσαν οι πολιτικές αυτές στη λειτουργία των φαρμακευτικών εταιρειών. Το πρόβλημα γίνεται πιο οξύ αν συνυπολογιστεί η συνεισφορά του φαρμακευτικού κλάδου στην απασχόληση και στη φορολογία. Απαιτείται λοιπόν η αναπροσαρμογή των μέτρων αυτών με στόχο να λειτουργήσουν προς όφελος των ασθενών, των εταιρειών και όλων των φορέων που δραστηριοποιούνται στον φαρμακευτικό κλάδο, γιατί αυτή είναι η μόνη διέξοδος για να ενισχυθούν σταθερά και ουσιαστικά τα δημόσια έσοδα.

5.2 Προτάσεις για μελλοντικές έρευνες

Σε σχέση με τους περιορισμούς της μελέτης, οι προτάσεις για μελλοντικές έρευνες περιλαμβάνουν τα εξής:

- Δεδομένου ότι το θέμα εξετάστηκε κυρίως από την πλευρά των φαρμακευτικών εταιρειών, άλλες έρευνες μπορούν να διεξάγουν συνεντεύξεις και με στελέχη του δημόσιου τομέα για να προσεγγίσουν το πρόβλημα από διαφορετική οπτική.
- Άλλες έρευνες μπορούν να χρησιμοποιήσουν μεγαλύτερα δείγματα.
- Μελλοντικές μελέτες μπορούν να χρησιμοποιήσουν και ποσοτικές ερευνητικές μεθόδους, για να μετρήσουν τη σημαντικότητα των στάσεων και των απόψεων των στελεχών των φαρμακευτικών εταιρειών.

Βιβλιογραφία:

Ξένη:

- Aaker, D. A., Kumar, V., Day, G. S. (2004). *Marketing Research* (8th ed.). USA: Wiley and Sons.
- Balasoopoulos, T., Charonis, A., Athanasakis, K., Kyriopoulos, J., & Pavi, E. (2017). Why do generic drugs fail to achieve an adequate market share in Greece? Empirical findings and policy suggestions. *Health Policy*, 121(3), 265-272.
- Bloom, R. (2016). Clawback Provisions. *Compensation & Benefits Review*, 48(3-4), 90-94.
- Carone, G., Schwierz, C., & Xavier, A. (2012). Cost-containment policies in public pharmaceutical spending in the EU. Available at SSRN 2161803.
- Kalavrezou, N. (2016). Health Sector Reform in Greece Since 2010: Facts, Policies and Implementation. *Policies and Implementation (January 10, 2016)*.
- Malhotra, N., Birks, D. (2003). *Marketing research: An applied Approach*, 2nd European edition. Harlow: Pearson Education.
- Malhotra, N., Birks, D. (2006). *Marketing research: An applied Approach* 3rd European edition. Harlow: Pearson Education
- OECD (2017), Health at a Glance 2017: OECD Indicators, OECD Publishing, Paris., διαθέσιμο στο: http://dx.doi.org/10.1787/health_glance-2017-en. [πρόσβαση 1/4/2019].
- Robson, C. (2007). *The research of the real world, a tool for social scientists and professional researchers*, Athens: Gutenberg Publications.
- Saunders M., Lewis P. and Thornihill A. (2006), “Research Methods for Business Students” 4th ed., Pearson Prentice Hall, Upper Saddle River.
- Saunders, M., Lewis, P., Thornhill, A. (2009), “Research Methods for business students” 5th ed.. Upper Saddle River: Pearson Prentice Hall.
- Stevens, R., Wrenn, B. Sherwood, P., Ruddick, M. (2006). *The marketing Research guide, second edition*, The Haworth Press: NY.

- Vandoros, S., & Stargardt, T. (2013). Reforms in the Greek pharmaceutical market during the financial crisis. *Health policy*, 109(1), 1-6.
- Vogler, S., Zimmermann, N., & de Joncheere, K. (2016). Policy interventions related to medicines: Survey of measures taken in European countries during 2010–2015. *Health Policy*, 120(12), 1363-1377.
- Wilson, A. (2003), *Marketing Research, An integrated approach*, Essex Pearson Education Limited
- Wrenn, B., Stevens, R., Loudon, D. (2007). *Marketing research: text and cases*. New York: Haworth publications.

Ελληνική:

- Cohen, L., Manion, L., Morisson, K. (2007). *Μεθοδολογία εκπαιδευτικής έρευνας*, Νέα συμπληρωμένη και αναθεωρημένη έκδοση. Αθήνα: Εκδόσεις μεταίχμιο.
- Robson, C. (2007). *Η έρευνα του Πραγματικού Κόσμου, ένα μέσον για κοινωνικούς επιστήμονες και επαγγελματίες ερευνητές*. Αθήνα: Εκδόσεις Gutenberg.
- ΕΛΣΤΑΤ (2019). *Ελλάς με αριθμούς, Ιανουάριος- Μάρτιος 2019*. ΕΛΣΤΑΤ: Αθήνα.
- ΙΟΒΕ (2017). *Η Φαρμακευτική αγορά στην Ελλάδα. Γεγονότα και στοιχεία -2017*. ΙΟΒΕ: Αθήνα.
- Μουρτζίκου, Α., Σταμούλη, Μ., Χήτου, Π., Πουλιάκης, Α. (2015). Η αγορά του φαρμάκου και η προώθηση αυτού στην Ελλάδα. *Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής*, 32(3):344-353
- Παναγοπούλου, Χ. (2019). Rebates & Clawback – «ουδέν μονιμότερο του προσωρινού». Πρακτικά ημερίδας Ελληνικής Εταιρείας Φαρμακευτικού Μάνατζμεντ, Αθήνα, διαθέσιμο στο: <https://www.eefam.gr/> [πρόσβαση 10/4/2019].
- Πετράκος, Γ. Ψυχάρης, Ι. (2016). *Περιφερειακή Ανάπτυξη στην Ελλάδα*. Αθήνα: Εκδόσεις Κριτική.
- Τάτσης Ν. (2004), *Κοινωνιολογία, ιστορική εισαγωγή και θεωρητικές θεμελιώσεις*, Τόμος πρώτος, 7^η έκδοση, Αθήνα: εκδόσεις Οδυσσέας.

Τράπεζα της Ελλάδος (2009). Η Κρίση του 1929, Η Ελληνική οικονομία και οι εκθέσεις της Τράπεζας της Ελλάδας για τα έτη 1928-1940, Εκδόσεις: Τράπεζα της Ελλάδας.

Χαλικιάς, Μ., Σαμαντά, Ε. (2016). *Εισαγωγή στη Μεθοδολογία Έρευνας Εκπόνησης Επιστημονικών Εργασιών*. Αθήνα: Σύγχρονη εκδοτική.

Διαδίκτυο:

<http://www.oecd.org/>

<http://www.statistics.gr/>

<https://www.efpia.eu/>

<https://ec.europa.eu/eurostat>

<https://www.sfec.gr/>

Παραρτήματα

A. Οδηγός συνέντευξης

ΕΡΩΤΗΣΗ 1: Πότε εφαρμόστηκαν στην Ελλάδα τα clawback rebate, και με ποια μέθοδο έγινε ο υπολογισμός τους και ο καθορισμός του ύψους τους;

ΕΡΩΤΗΣΗ 2: Ποια είναι τα προβλήματα που εντοπίζεται κατά την εφαρμογή των clawback/rebate;

ΕΡΩΤΗΣΗ 3: Ποια η σύγκριση των clawback rebate στην Ελλάδα σε σχέση με τις υπόλοιπες Ευρωπαϊκές χώρες;

ΕΡΩΤΗΣΗ 4: Πως επηρεάστηκε ο Έλληνας ασθενής από την εφαρμογή των clawback rebate;

ΕΡΩΤΗΣΗ 5: Ποιες οι προτάσεις προκειμένου να θεωρηθεί οικονομικά αποδεκτή η επιβολή των clawback rebate;

B. Απομαγνητοφώνηση συνεντεύξεων

Ερωτώμενος 1

ΟΚΤΩΒΡΙΟΣ 2018

ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΗ ΔΙΕΥΘΥΝΤΡΙΑ ΣΤΗΝ ΦΑΡΜΑΚΕΥΤΙΚΗ ΕΤΑΙΡΕΙΑ BAYER
HELLAS

ΕΡΩΤΗΣΗ 1: Πότε εφαρμόστηκαν στην Ελλάδα τα clawback rebate, και με ποια μέθοδο έγινε ο υπολογισμός τους και ο καθορισμός του ύψους τους?

Ο πρώτος νόμος για τα rebate ήταν το 2006, επί των ημερών της υπουργού Πετραλιά και μάλιστα από ότι θυμάμαι δεν είχαν ονομαστεί αρχικώς έτσι. Ο τρόπος υπολογισμού έχει αλλάξει πολλές φορές και δεν είναι διαφανής αλλά και ούτε συζητήσιμος. Μας δίδεται σε ένα χαρτί το οποίο αναφέρει το ποσό που η εταιρεία Bayer εν προκειμένω θα πρέπει να πληρώσει. Ωστόσο και αυτό δεν είναι οριστικό. Μετά από πέντε ημέρες μπορεί να σου έρθει καινούργιο χαρτί που να σου αναφέρεται ότι αυτό είναι το budget αυτή είναι η υπέρβαση με άλλα διαφορετικά ποσά από το αρχικό χαρτί, οπότε αντιλαμβανόμαστε ότι τα στοιχεία δεν είναι αξιόπιστα. Βεβαίως υπάρχει το πολυώνυμο στο οποίο μπαίνουν τα στοιχεία για να προκύψουν τα ποσά. Όταν όμως αυτά τα στοιχεία είναι αδιαφανή, οι αριθμοί αλλάζουν μέσα σε λίγες ημέρες, καταλαβαίνουμε ότι δεν μπορούμε να προϋπολογίσουμε εμείς ως εταιρεία ποιο θα μπορούσε να είναι το ύψος της υπέρβασης. Τα στοιχεία αντλούνται από το υπουργείο μέσα από το σύστημα ηλεκτρονικής συνταγογράφησης του ΕΟΠΥΥ και από τα νοσοκομεία. Οι εταιρείες δεν έχουν πρόσβαση η μία στα ποσά της άλλης διότι υπάρχουν στοιχεία με μερίδια αγοράς για παράδειγμα, που δεν είναι ανακοινώσιμα. Προκαθορίζεται μετά από συμφωνία με την τρόικα ο προϋπολογισμός κλειστός, και για οποιαδήποτε υπέρβαση επιβαρύνονται οι φαρμακευτικές εταιρείες των οποίων η χρήση των φαρμάκων οδήγησε σε αυτή την υπέρβαση.

ΕΡΩΤΗΣΗ 2:ΠΟΙΑ ΕΙΝΑΙ ΤΑ ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΑ ΠΟΥ ΕΝΤΟΠΙΖΕΤΑΙ ΚΑΤΑ ΤΗΝ ΕΦΑΡΜΟΓΗ ΤΩΝ CLAWBACK-REBATE ΣΤΗΝ ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΑΓΟΡΑ

Πρώτο από τα θέματα που μας απασχολούν ,είναι το γεγονός του μη ελέγχου της συνταγογράφησης από το υπουργείο.The sky is the limit.Για την φετινή χρονιά ,2019,ο κλειστός προϋπολογισμός έχει καθοριστεί στο 1.945.000.000 .

Αν δεν ελέγξεις την συνταγογράφηση, αν δεν βάλεις κάποια όρια, όλοι συνταγογραφούν πολύ εύκολα. Οποιοσδήποτε από εμάς μπορεί να πάει σε γιατρό και να ζητήσει να του συνταγογραφήσει δέκα φάρμακα. Δεν έχει μπει κάποιο όριο από το υπουργείο. Έγινε μια προσπάθεια να περιοριστεί η υπερβολική συνταγογράφηση με την θέσπιση του πλαφόν ανά γιατρό ανά ειδικότητα. Στην πραγματικότητα όμως δεν ίσχυσε ουσιαστικά.

Το δεύτερο μεγάλο πρόβλημα είναι η έλλειψη νομοθέτησης και σταθερής πολιτικής. Δεν γνωρίζεις που μπορεί να φτάσει το ποσοστό που θα πρέπει να επιστρέψεις ,δεν γνωρίζεις την χρονική στιγμή που θα προκύψει, γενικά είναι δύσκολη η πρόβλεψη και αυτό βεβαίως μας οδηγεί σε συγκράτηση της επιχειρησιακής ανάπτυξης.

Εμείς οι οικονομικοί έχουμε το πρόβλημα της έκδοσης πιστωτικού ,ή των δόσεων κλπ. Στην εταιρεία μας, για παράδειγμα επιλέγουμε την άμεση καταβολή του ποσού . Το πρόβλημα είναι ότι το πιστωτικό έχει και ΦΠΑ, αλλά πρέπει να εκπέσεις το ΦΠΑ .Το υπουργείο οικονομικών έβγαλε γνωμάτευση για το clawback που ανέφερε ότι γίνεται ,όχι όμως για το rebate γιατί το θεωρεί διαφορετικό. Μέσω ΣΦΕΕ θα προσφύγουμε στην δικαιοσύνη για αυτόν τον λόγο .Πρόκειται για σημαντικά ποσά ,25.000.000 ευρώ τον χρόνο. Επειδή λοιπόν είδαν ότι για το clawback έχασαν το ΦΠΑ 25.000.000 αποφάσισαν να μην μας απαντήσουν καθόλου για το rebate. Αυτό αποτελεί εκκρεμότητα .

Το επόμενο πρόβλημα είναι ότι φτάσαμε Σεπτέμβριο 2018 και δεν έχουν σταλεί τα ποσά του 2017 ακόμη. Αυτό δημιουργεί πρόβλημα στις εταιρείες με την δήλωση εισοδήματος, με τα φορολογικά πιστοποιητικά, κλπ. Δεω είναι δυνατόν να περνούν δέκα μήνες και να μην μπορούν να βγάλουν ποια είναι η υπέρβαση. Είναι αδύνατο με αυτή την οίγορία να μπορούμε να βγάλουμε πλάνο. Δεν υπάρχει ακόμη καμία αξιόπιστη πηγή και αυτό δημιουργεί πρόβλημα αξιοπιστίας ,αδιαφάνειας και ελέγχου.

Έχω συναδέλφους σε εταιρείες που τους ήρθε το νοσοκομειακό clawback rebate ,χωρίς να έχουν καθόλου προϊόν στο νοσοκομείο! Και δεν υπάρχει διαδικασία ένστασης. Δεν υπάρχει κάπου να απευθυνθείς. Περιμένουμε με χαρά να πάρουμε τον λογαριασμό για να μπορούμε να κάνουμε ως εταιρείες τα πλάνα μας, τις προβλέψεις.

ΕΡΩΤΗΣΗ 3:ΠΟΙΑ Η ΣΥΓΚΡΙΣΗ ΤΩΝ CLAWBACK REBATE ΣΤΗΝ ΕΛΛΑΔΑ ΣΕ ΣΧΕΣΗ ΜΕ ΤΙΣ ΥΠΟΛΟΙΠΕΣ ΕΥΡΩΠΑΙΚΕΣ ΧΩΡΕΣ

Μακράν μεγαλύτερο στην Ελλάδα και συνεχώς αυξανόμενο. Για τα λεγόμενα καινοτόμα φάρμακα υπάρχει και το 25%. Το πρόβλημα δεν είναι το ύψος του ποσοστού αλλά το σημαντικότερο η νομοθέτηση .Βγαίνει μια ανακοίνωση ότι άλλαξε το εδάφιο του τάδε νόμου. Συνεχώς αλλαγές που τρέχουμε πρωτίστως να βρούμε, να κατανοήσουμε και μετά από λίγο ,όταν δεν βγαίνουν τα νούμερα νέες αλλαγές.

Όλες οι πολυεθνικές εταιρείες που δραστηριοποιούμαστε στην Ελλάδα διαμαρτυρόμαστε για την αβεβαιότητα. Αν ,από την αρχή ως εταιρεία γνώριζες ότι τον επόμενο χρόνο θα έχεις ένα 30%,θα μπορούσες να προσαρμόσεις τα πλάνα σου, να προβλέψεις πόσο προσωπικό θα χρειαστείς κλπ. Η αβεβαιότητα δεν δημιουργεί συνθήκες επιχειρησιακές.

Στις υπόλοιπες Ευρωπαϊκές χώρες υπάρχει συγκεκριμένο νομοθετικό πλαίσιο, απόλυτη διαφάνεια, συγκεκριμένος χρόνος έκδοσης των οφειλών και επομένως επιχειρησιακά μπορούν οι εταιρείες να προβλέπουν , να κάνουν τα πλάνα τους. Επίσης ΠΟΛΥ σημαντικό είναι ότι υπάρχει ανώτερο όριο. Δηλαδή το clawback μπορεί να φτάσει το 15%,ενώ εδώ δεν υπάρχει ανώτερο όριο!

ΕΡΩΤΗΣΗ 4:ΠΩΣ ΕΠΗΡΕΑΣΤΗΚΕ Ο ΕΛΛΗΝΑΣ ΑΣΘΕΝΗΣ ΑΠΟ ΤΗΝ ΕΦΑΡΜΟΓΗ ΤΩΝ CLAWBACK REBATE

Ο Έλληνας ασθενής έχει υποστεί αρκετή πίεση και κυρίως στην out of pocket δαπάνη. Η συμμετοχή του στα φάρμακα που αποζημιώνει ο ΕΟΠΥΥ έχει ανέβει στο 25%.Επιπροσθέτως πολλές φορές έχει παρατηρηθεί ,χωρίς να μπορώ με καταγεγραμμένα στοιχεία να το αποδείξω, ότι αρκετοί ασθενείς παραλείπουν δόσεις

για να μπορούν να καθυστερούν την συνταγογράφηση και την νέα καταβολή της συμμετοχής τους λόγω οικονομικής δυσχέρειας.

Οι τιμές που λαμβάνουν από το υπουργείο εμπορίου τα φάρμακα ,είναι λάθος και πολύ μικρότερες από τις υπόλοιπες χώρες .Επιπροσθέτως μέσω clawback θα πρέπει να επιστρέφουν υψηλότερα ποσοστά από ότι σε άλλες χώρες. Παράδειγμα εμείς με το αντιπηκτικό μας, το Xarelto πληρώνουμε το ανώτερο μέχρι σήμερα clawback 30%. Εταιρείες ,λοιπόν που χρειάζονται μεγάλα ποσά για μελέτες, έρευνα ,και δεν υπάρχει οικονομικό περιθώριο να έχουν τόσο μικρές τιμές σε φάρμακα οδηγούνται στην απόσυρση τους από την Ελληνική αγορά.

Ένα ζήτημα που θα αντιμετωπίσει ο Έλληνας ασθενής στο μέλλον, αν δεν θεσπιστούν κανόνες και δεν νομοθετήσουν συγκεκριμένα όρια , διαφάνειας, έλεγχος στην συνταγογράφηση ,θα είναι η απόσυρση φαρμάκων και επομένως η πρόσβαση του Έλληνα ασθενή σε συγκεκριμένα σκευάσματα.

ΕΡΩΤΗΣΗ 5 ΠΟΙΕΣ ΕΙΝΑΙ ΟΙ ΠΡΟΤΑΣΕΙΣ ΠΡΟΚΕΙΜΕΝΟΥ ΝΑ ΘΕΩΡΗΘΕΙ ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΑ ΑΠΟΔΕΚΤΗ Η ΕΠΙΒΟΛΗ ΤΩΝ CLAWBACK REBATE

Εμείς ως πολυεθνική εταιρεία ακολουθούμε τον ΣΦΕΕ ο οποίος και έχει ανακοινώσει τις προτάσεις μας

-ο ορισμός ανώτερου ορίου

-Έλεγχος συνταγογράφησης

-να υπάρξει μια συγκεκριμένη διαδικασία και διαφάνεια σε όλα τα στοιχεία, είναι κάποιες από τις προτάσεις που θεωρώ προσωπικά αναγκαίο άμεσα να υλοποιηθούν.

Ερωτώμενος 2

τμήμα ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΩΝ εταιρείας ELPEN ΥΠΕΥΘΥΝΟΣ ΓΙΑ ΤΑ CLAWBACK.REBATE

ΕΡΩΤΗΣΗ 1:Πότε εφαρμόστηκαν στην Ελλάδα τα clawback rebate,και με ποια μέθοδο έγινε ο υπολογισμός τους και ο καθορισμός του ύψους τους?

Ο κλειστός προϋπολογισμός εφαρμόστηκε πρώτη φορά το 2010 και κατόπιν τα clawback rebate,έτσι ώστε να πληρώνονται οι υπερβάσεις .Καθορίστηκε από την τρόικα ακριβώς με τον ίδιο τρόπο που έγινε σε όλους τους τομείς ,δηλαδή με ποσοστό επί του ΑΕΠ. Έλαβαν το μέσο ποσοστό επι του ΑΕΠ των Ευρωπαϊκών χωρών περίπου το 1% και το εφάρμοσαν εδώ. Ωστόσο το ΑΕΠ μας έχει κατακυλήσει από το 2009 ,αλλά παρόλαυτα το ποσοστό υπολογίζεται σαν να είχαμε ένα ΑΕΠ κοντα στα 200.000.000 ευρώ. Δηλαδή περίπου 1,1% προκύπτει το 1.945.000.000 ευρώ

ΕΡΩΤΗΣΗ 2:ΠΟΙΑ ΕΙΝΑΙ ΤΑ ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΑ ΠΟΥ ΕΝΤΟΠΙΖΕΤΑΙ ΚΑΤΑ ΤΗΝ ΕΦΑΡΜΟΓΗ ΤΩΝ CLAWBACK-REBATE ΣΤΗΝ ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΑΓΟΡΑ

Το 2009 το rebate ήταν περίπου στο 4% τώρα έχει φτάσει από 14% εως 50%,Έχουμε φάρμακα λοιπόν που έχουν rebate clawback της τάξης 35% και παράλληλα η τιμή τους έχει κατακυλήσει και συνεχίζει .

Ένα πρόσφατο παράδειγμα, είναι με δύο φάρμακα της εταιρείας LILY τα οποία διατίθενται από τα φαρμακεία του ΕΟΠΥΥ κα επειδή ο προϋπολογισμός των φαρμακείων ΕΟΠΥΥ είναι περίπου 50.000.000 ευρώ πληρώνει clawback 65%. Βεβαίως η εταιρεία διαμαρτύρηθηκε.

Εμείς που έχουμε off patent φάρμακα έχουμε τεράστιο πρόβλημα στην τιμή και ως επακόλουθο και στα rebate clawback. Ενώ στο εξωτερικό όταν χαθεί η πατέντα η τιμή του πρωτοτύπου που μειώνεται φτάνει να έχει την ίδια τιμή με το αντίγραφο, στην Ελλάδα το αντίγραφο παίρνει το 65% της τιμής του πρωτοτύπου και επιπλέον ένα ποσοστό από τις τρεις χαμηλότερες τιμές σε άλλες χώρες. Αν προσθέσουμε και το clawback που θα πρέπει να αποδοθεί καθίσταται εντελώς ασύμφορο. Για παράδειγμα το Amoxil δεν υπάρχει πια στη αγορά.

ΕΡΩΤΗΣΗ 3: ΠΟΙΑ Η ΣΥΓΚΡΙΣΗ ΤΩΝ CLAWBACK REBATE ΣΤΗΝ ΕΛΛΑΔΑ ΣΕ ΣΧΕΣΗ ΜΕ ΤΙΣ ΥΠΟΛΟΙΠΕΣ ΕΥΡΩΠΑΙΚΕΣ ΧΩΡΕΣ

Καταρχάς ,το ύψος των Clawback rebate είναι εντελώς διαφορετικό. Στην Ελλάδα έχουμε μακράν τα υψηλότερα και από ότι φαίνεται δεν λαμβάνονται μέτρα για να μειωθούν. Στην Γερμανία είναι περίπου στο 13% ενώ εδώ φτάνουν το 50%

Δεν μπορούμε να συγκριθούμε με άλλες Ευρωπαϊκές χώρες διότι θα πρέπει να λάβουμε υπόψιν μας ότι οι τιμολογήσεις γίνονται διαφορετικά, υπάρχουν θεραπευτικά πρωτόκολλα ,επιβολή της χρήσης γεννοσήμων φαρμάκων κοκ

ΕΡΩΤΗΣΗ 4: ΠΩΣ ΕΠΗΡΕΑΣΤΗΚΕ Ο ΕΛΛΗΝΑΣ ΑΣΘΕΝΗΣ ΑΠΟ ΤΗΝ ΕΦΑΡΜΟΓΗ ΤΩΝ CLAWBACK REBATE

Η υγεία των Ελλήνων έχει επιβαρυνθεί λόγω της οικονομικής κρίσης σε επίπεδο κυρίως ψυχικής υγείας. Δεν έχουν αποσυρθεί φάρμακα που θα μπορούσαν να επηρεάσουν την ποιότητα της υγείας των πολιτών

Το μόνο σίγουρο είναι ότι καλούνται να πληρώσουν μεγαλύτερη συμμετοχή στα φάρμακα από ότι πριν το 2009.

ΕΡΩΤΗΣΗ 5 ΠΟΙΕΣ ΕΙΝΑΙ ΟΙ ΠΡΟΤΑΣΕΙΣ ΠΡΟΚΕΙΜΕΝΟΥ ΝΑ ΘΕΩΡΗΘΕΙ ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΑ ΑΠΟΔΕΚΤΗ Η ΕΠΙΒΟΛΗ ΤΩΝ CLAWBACK REBATE

Ας ξεκινήσουμε από την τιμολόγηση των φαρμάκων Μια σημαντική πρόταση θα ήταν να τιμολογούνται ανάλογα με την θεραπευτική κατηγορία τους. Επίσης να αλλάξει το καθεστώς με τις τρεις χαμηλότερες τιμές που οδηγεί σε πολύ χαμηλές τιμές τα γενόσημα .

Να επιβληθεί η χρήση γενοσήμων. Είχε οριστεί ένα ποσοστό στους ιατρούς της τάξης του 70% επι της συνταγογραφίας τους να είναι γενόσημα ,αλλά δεν ακολουθήθηκε .

Όλες οι άλλες προτάσεις είναι αυτές που έχει αναρτήσει ο ΣΦΕΕ στην σελίδα του και μας βρίσκουν σύμφωνους

Ερωτώμενος 3

marketing manager Cardiovasculars, εταιρεία φαρμακευτική ELPEN

ΕΡΩΤΗΣΗ 1:Πότε εφαρμόστηκαν στην Ελλάδα τα clawback rebate,και με ποια μέθοδο έγινε ο υπολογισμός τους και ο καθορισμός του ύψους τους?

Στην Ελλάδα εφαρμόστηκαν το 2011 πρώτη φορά. Το μοντέλο των δαπανών υγείας παλαιότερα ήταν ιατροκεντρικό ,αλλά όπως ενδεχομένως με έχεις ακούσει να λέω σε ομιλίες μου μετατοπίζεται προς εκείνους τους φορείς που πληρώνουν ο ΕΟΠΥΥ εν προκειμένω, και βέβαια στους ασθενείς που σε αυτά τα χρόνια της κρίσης καλούνται να πληρώσουν μεγαλύτερη συμμετοχή δηλαδή out of pocket δαπάνη.

Η δαπάνη είχε φτάσει κοντά στα 5.200.000.000 συμπεριλαμβανομένων της φαρμακευτικής, νοσοκομειακής και out of pocket το 2010 και τώρα έχει προϋπολογιστεί 1.945.000.000 ευρώ για την φαρμακευτική δαπάνη ,800.000.000 για τα φάρμακα του 3816 που είναι τα νοσοκομειακά φάρμακα και 350.000.000 τα out of pocket όπως έχουν υπολογιστεί από τον ΕΟΠΥΥ.

Και τα διαγνωστικά έχουν clawback και rebate.

Η κυβέρνηση οδηγήθηκε στην εφαρμογή τους λόγω της αδυναμίας της να ελέγξει την συνταγογράφηση ,και έτσι έλαβε αυτά τα μέτρα όπως μέτρα για την μείωση των τιμών με επίπεδη μείωση της τάξης του 20% κα.

ΕΡΩΤΗΣΗ 2:ΠΟΙΑ ΕΙΝΑΙ ΤΑ ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΑ ΠΟΥ ΕΝΤΟΠΙΖΕΤΑΙ ΚΑΤΑ ΤΗΝ ΕΦΑΡΜΟΓΗ ΤΩΝ CLAWBACK-REBATE ΣΤΗΝ ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΑΓΟΡΑ

Ο αριθμός των συνταγών στα χρόνια της κρίσης στην Ελλάδα αυξάνεται αντί να μειώνεται. Υπάρχει μελέτη στην Ιρλανδία που δείχνει ότι οι επιπτώσεις στην υγεία των ανδρών από την οικονομική κρίση είναι η αύξηση των αυτοκτονιών ,η χρήση εξαρτησιογόνων και αύξηση καρδιαγγειακών νοσημάτων.

Επειδή ακριβώς δεν ελήφθησαν μέτρα ώστε να αλλάξει η συνταγογραφική συμπεριφορά των ιατρών ,με την χρήση θεραπευτικών πρωτοκόλλων ,την χρήση γενοσήμων κλπ. Η υπέρβαση ήταν αναμενόμενη και θα αυξάνεται συνεχώς.Θα πρέπει λοιπόν να ληφθούν μέτρα περιορισμού της υπερσυνταγογράφησης ώστε να συγκρατηθούν και οι υπερβάσεις που καλούνται μέσω clawback να πληρώσουν οι εταιρείες.

Μην παραλείπουμε βέβαια και το ρόλο των φαρμακείων .Όταν ένας ασθενής με αναγραφόμενη χημική ουσία εμφανιστεί στο φαρμακείο θα προτιμήσουν να τον ενημερώσουν για την διαφορά που θα πληρώσει προκειμένου να πάρει πρωτότυπο. Διότι το κέρδος τους είναι μεγαλύτερο και γιατί δεν υπάρχει νομοθεσία να επιβάλλει να προωθεί τα γενόσημα φθηνότερα φάρμακα.

ΕΡΩΤΗΣΗ 3:ΠΟΙΑ Η ΣΥΓΚΡΙΣΗ ΤΩΝ CLAWBACK REBATE ΣΤΗΝ ΕΛΛΑΔΑ ΣΕ ΣΧΕΣΗ ΜΕ ΤΙΣ ΥΠΟΛΟΙΠΕΣ ΕΥΡΩΠΑΙΚΕΣ ΧΩΡΕΣ

Υπάρχουν διαφορές στον υπολογισμό καθώς και στο ύψος του ποσοστού, ωστόσο το σημαντικό είναι άλλο. Έχουν δοθεί κίνητρα μειώσεις συνταγογράφησης , έχει νομοθετηθεί η χρήση γενοσήμων, εφαρμόζονται θεραπευτικά πρωτόκολλα κοκ.

Τα clawback rebate έχουν εφαρμοστεί αρκετά χρόνια νωρίτερα στις περισσότερες χώρες του εξωτερικού ,με συγκεκριμένους παράγοντες ,συγκεκριμένα στοιχεία που δεν αλλάζουν συνεχώς όπως εδώ.

ΕΡΩΤΗΣΗ 4:ΠΩΣ ΕΠΗΡΕΑΣΤΗΚΕ Ο ΕΛΛΗΝΑΣ ΑΣΘΕΝΗΣ ΑΠΟ ΤΗΝ ΕΦΑΡΜΟΓΗ ΤΩΝ CLAWBACK REBATE

Τα μέτρα που αφορούν την εφαρμογή των clawback rebate ,χωρίς να έχω στοιχεία ,η γνώμη μου είναι ότι δεν επηρέασαν την υγεία των Ελλήνων ασθενών. Δεν αποσύρθηκαν φάρμακα παρότι θα ομολογήσω πως η κερδοφορία κάποιων από αυτών είναι αποκαρδιωτική.Ίσως στο μέλλον κάποιες εταιρείες αποφασίσουν ότι είναι ασύμφορο να φέρουν καινοτόμα φάρμακα στην Ελλάδα και τότε πάλι δεν γνωρίζω την επίπτωση στην υγεία.

ΕΡΩΤΗΣΗ 5 ΠΟΙΕΣ ΕΙΝΑΙ ΟΙ ΠΡΟΤΑΣΕΙΣ ΠΡΟΚΕΙΜΕΝΟΥ ΝΑ ΘΕΩΡΗΘΕΙ ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΑ ΑΠΟΔΕΚΤΗ Η ΕΠΙΒΟΛΗ ΤΩΝ CLAWBACK REBATE

Βεβαίως υπάρχουν οι προτάσεις του ΣΦΕΕ ,αλλά θα σου πώ και κάποιες επιπλέον αυτών.

Υπάρχουν μια σειρά από προτάσεις προκειμένου να αντιμετωπιστεί η υπέρβαση στη συνταγογράφηση η οποία και οδηγεί σε μεγαλύτερα ποσά clawback που καλούνται οι εταιρείες να πληρώσουν.

Υπολογισμός ανά θεραπευτική κατηγορία ,έτσι ώστε να γνωρίζει ο φορέας ότι για στατίνες θα πληρώσει αυτόν τον προϋπολογισμό, για αντιυπερτασικά συγκεκριμένο κοκ.

Κίνητρο στους ιατρούς ,για παράδειγμα ,αν στο τέλος του έτους ο ιατρός που συνταγογραφεί στατίνες ,καταφέρει λόγω της χρήσης γενεσήμενων να μειώσει την δαπάνη κατά 25.000 ευρώ ,αυτό το ποσοστό πχ να αποτελεί bonus φορολογητέο γιατί εσύ μου έκανες αυτή την εξοικονόμηση. Αυτό εφαρμόζεται στην Γερμανία. Στην ίδια χώρα επίσης ,ενημερώνουν τον ιατρό έξι μήνες πριν χάσει την πατέντα του ένα φάρμακο.Εκείνος είναι υποχρεωμένος μέσα σε ένα ημερολογιακό χρόνο να έχει μετατρέψει το 70% του συγκεκριμένου φαρμάκου σε γενόσημο.

Ένα άλλο μέτρο είναι το pay for performance.Δηλαδή ο φορέας αποζημιώνει το φάρμακο όταν κάνει αυτό που λέει στο κουτί. Και εξηγούμαι

Ο φορέας μαζί με την επιστημονική κοινότητα για παράδειγμα για ένα ογκολογικό φάρμακο καθορίζουν ότι πρέπει να βελτιώνει αυτές τις τρεις παραμέτρους .Ο φορέας λοιπόν λέει στην εταιρεία που το παράγει εγώ θα σε αποζημιώσω μόνο για τους ασθενείς που θα βελτιώσει αυτές τις τρεις παραμέτρους και όχι για όλους.

Health technology assessment είναι μια διαδικασία που αξιολογεί τόσο την οικονομική όσο και την κλινική αποτελεσματικότητα μιας θεραπείας.

Βγαίνει για παράδειγμα ένα νέο αντιδιαβητικό φάρμακο. Τότε ο φορέας λέει δείξε μου ότι το φάρμακο αυτό έχει βελτιωμένη κλινική αποτελεσματικότητα για να σου δώσω εγώ τιμή μεγαλύτερη.

Και κάτι πολύ πρόσφατο που διάβασα στους Financial times, είναι εταιρείες που έχουν την υποδομή σε software έχουν πάρει έγκριση από το FDA ώστε να παρακολουθούν ασθενείς που λαμβάνουν το φάρμακο τους ,πχ καρκινοπαθής, τις διατροφικές τους συνήθειες κλπ έτσι ώστε να δίνουν συγκεκριμένες οδηγίες προκειμένου να έχουν το βέλτιστο αποτέλεσμα.

Ερωτώμενος 4

ΔΕΚΕΜΒΡΙΟΣ 2018

ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΟΣ ΥΠΟΔΙΕΥΘΥΝΤΗΣ ΦΑΡΜΑΚΕΥΤΙΚΗΣ ΕΤΑΙΡΕΙΑΣ BAYER HELLAS

ΕΡΩΤΗΣΗ 1: Πότε εφαρμόστηκαν στην Ελλάδα τα clawback rebate, και με ποια μέθοδο έγινε ο υπολογισμός τους και ο καθορισμός του ύψους τους?

Εφαρμόστηκαν το 2011, η μεθοδολογία για τα rebate ξεκίνησε το 2013 και για τα Clawback το 2013-2014.

Με βάση τον προϋπολογισμό της χώρας και με βάση τα μοντέλα που υπάρχουν στην Ευρώπη καθορίζεται ένας μέσος όρος φαρμακευτικής δαπάνης. Τα εργαλεία που χρησιμοποιεί κάθε χώρα είναι διαφορετικά. Αυτό που ισχύει είναι ότι περίπου το 1% plus του ΑΕΠ, και ανάλογα με τα δημογραφικά χαρακτηριστικά μιας χώρας αλλά και ανάλογα με την χωροδιάταξη της γεωγραφικά προκύπτουν τα ποσοστά. Μιλάμε επομένως για το 1% του ΑΕΠ σε φαρμακευτική δαπάνη στις χώρες της Ευρώπης που έχουν ένα καλό επίπεδο υγείας και παροχών. Στην Ελλάδα για το 2019 έχει οριστεί το 1.945.000.000 ευρώ ως κλειστός προϋπολογισμός που αντιστοιχεί στο 1,1% του ΑΕΠ της χώρας. Αυτός είναι ο προϋπολογισμός που αφορά την φαρμακευτική δαπάνη. Για τα νοσοκομεία υπάρχει άλλος προϋπολογισμός. Τώρα, αν έπρεπε να είναι μικρότερος ή μεγαλύτερος αυτό εξαρτάται από την κατανομή των κονδυλίων.

Το ύψος του ποσοστού για το clawback καθορίζεται από τον τζίρο, από την ποσότητα από πολλές παραμέτρους. Για παράδειγμα αν μία εταιρεία έχει τζίρο 1.000.000 ευρώ ο συντελεστής είναι 5%, αν είναι 2.000.000 είναι 7% κ.ο.κ

Το πολυώνυμο που χρησιμοποιείται στηρίζεται σε δύο βασικές παραμέτρους, τον τζίρο και τον όγκο των πωλήσεων. Όσο μεγαλύτερο τζίρο έχεις επιβαρύνεσαι με μεγαλύτερο ποσοστό. Όσο ακριβότερο είναι το φάρμακο τόσο περισσότερο επιβαρύνεται το ποσοστό.

ΕΡΩΤΗΣΗ 2: ΠΟΙΑ ΕΙΝΑΙ ΤΑ ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΑ ΠΟΥ ΕΝΤΟΠΙΖΕΤΑΙ ΚΑΤΑ ΤΗΝ ΕΦΑΡΜΟΓΗ ΤΩΝ CLAWBACK-REBATE ΣΤΗΝ ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΑΓΟΡΑ

Ο σκοπός των rebate είναι να μην ξεπεράσει η φαρμακευτική δαπάνη τον κλειστό προϋπολογισμό όπως έχει συμφωνηθεί με την Τροϊκα, πχ. 2013 ο κλειστός προϋπολογισμός ήταν 2.340.000.000 . Από τα rebate στα ταμεία εισέρευσαν 400.000.000 άρα τα υπόλοιπα πρέπει να εισπραχθούν από τα clawback. Έτσι κάθε χρόνο συνεχώς μεγαλώνει η αύξηση και χωρίς να γνωρίζουμε ή να μπορούμε να προβλέψουμε ως εταιρεία το ύψος της οφειλής μας. Δεδομένου ότι στα στοιχεία πρόσβαση έχει μόνο το υπουργείο .

Το γεγονός της πίεσης προς τα πάνω των rebate clawback , είναι η αποζημίωση από τον ασφαλιστικό φορέα ΕΟΠΥΥ μεγάλου αριθμού ανασφάλιστων πολιτών ,δεδομένου του μεγάλου ποσοστού ανέργων στην Ελλάδα. Έχουμε υπολογίσει ότι η δαπάνη για τους ανασφάλιστους ξεπερνά τα 200.000.000 ευρώ.

Την εκτόξευση της φαρμακευτικής δαπάνης επίσης ενίσχυσε η εισροή μεγάλου αριθμού προσφύγων που δεν θα ήταν δυνατό να προβλεφθεί.

Το 2017 η φαρμακευτική δαπάνη ανήλθε στα 3.000.000.000 ευρώ ,το κράτος συμμετείχε με το 1.900.000.000 ευρώ ,επομένως το 1.100.000.000. θα το πληρώσουμε εμείς οι εταιρείες.

ΕΡΩΤΗΣΗ 3: ΠΟΙΑ Η ΣΥΓΚΡΙΣΗ ΤΩΝ CLAWBACK-REBATE ΣΤΗΝ ΕΛΛΑΔΑ ΣΕ ΣΧΕΣΗ ΜΕ ΤΙΣ ΥΠΟΛΟΙΠΕΣ ΕΥΡΩΠΑΙΚΕΣ ΧΩΡΕΣ

Στην Ελλάδα έχει επιλεγεί η χρήση των clawback rebate προκειμένου να εξασφαλιστεί ότι το κράτος θα δαπανά για τα φάρμακα συγκεκριμένα ποσά. Στην Ευρώπη έχουν επιλεγεί και άλλες μέθοδοι. Υπάρχουν χώρες όπου γίνονται απευθείας διαπραγματεύσεις με τις εταιρείες. Σε άλλες μπορεί να πληρώνουν υπερβάσεις οι εταιρείες ανάλογα με την θεραπευτική κατηγορία κάθε φαρμάκου

Το γεγονός ότι στην Ελλάδα κατά τον υπολογισμό του clawback λαμβάνεται ο τζίρος ως παράμετρος ,είναι εις βάρος των πολυεθνικών εταιρειών και όχι των Ελληνικών. Εκτός του τζίρου, τα ακριβά καινούργια φάρμακα που πιέζουν προς τα πάνω τα clawback ανήκουν σε πολυεθνικές εφόσον εκείνες έχουν και την δυνατότητα έρευνας και μελέτης νέων σκευασμάτων.

Το 2017 αποφασίστηκε από την κυβέρνηση και χωρίστηκε το clawback σε 90% με βάση τον τζίρο και 10% με βάση την ανάπτυξη. Έτσι τα νέα φάρμακα απέκτησαν ακόμη μεγαλύτερη επιβάρυνση.

ΕΡΩΤΗΣΗ 4: ΠΩΣ ΕΠΗΡΕΑΣΤΗΚΕ Ο ΕΛΛΗΝΑΣ ΑΣΘΕΝΗΣ ΑΠΟ ΤΗΝ ΕΦΑΡΜΟΓΗ ΤΩΝ CLAWBACK REBATE

Ο Έλληνας ασθενής δεν στερήθηκε κάποιο φάρμακο λόγω των clawback rebate. Από όσο γνωρίζω οι εταιρείες δεν απέσυραν φάρμακα από την Ελληνική αγορά. Αυτό που μπορεί να συμβεί, είναι να μην επιλέγουν να βγάλουν νέα φάρμακα, λόγω της ασύμφορης πλέον οικονομικής επιβάρυνσης. Αυτό όμως μένει να το δούμε στο μέλλον, αν συνεχιστεί αυτή η κατάσταση, αν περνώντας τα χρόνια κάποια νέα φάρμακα δεν κυκλοφορήσουν στην Ελλάδα.

Παράδειγμα τα έτη 2012-2014 δεν μπήκε κανένα νέο φάρμακο στην ελληνική αγορά παρά μόνο ένα για την σκλήρυνση κατά πλάκας. Παρά όλα αυτά επειδή το διάστημα ήταν πολύ μικρό δεν μπορούμε να πούμε ότι επιβαρύνθηκε η υγεία των ασθενών.

ΕΡΩΤΗΣΗ 5: ΠΟΙΕΣ ΕΙΝΑΙ ΟΙ ΠΡΟΤΑΣΕΙΣ ΠΡΟΚΕΙΜΕΝΟΥ ΝΑ ΘΕΩΡΗΘΕΙ ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΑ ΑΠΟΔΕΚΤΗ Η ΕΠΙΒΟΛΗ ΤΩΝ CLAWBACK REBATE

Εμείς ως εταιρεία ευθυγραμμίζομαστε με τις προτάσεις του ΣΦΕΕ.

Μια πρόταση θα ήταν να μην υπάρχει ένας προϋπολογισμός αλλά πολλοί μικροί προϋπολογισμοί με κριτήρια όπως πχ ποσοστά ασθενών στον διαβήτη που περίπου είναι στο 5% του πληθυσμού.

Μια άλλη πρόταση είναι τα εμβόλια να εξαιρεθούν

Επιπλέον προτείνουμε οι ανασφάλιστοι να μην συνταγογραφούν τα φάρμακα τους αλλά να τα προμηθεύονται απευθείας από τις εταιρείες. Έτσι δεν θα έπαιρνε το συνολικό κόστος του φαρμάκου αλλά μόνο της παραγωγής.